الرعاية والخدمة الإجتماعية

التطور التاريخي ـ المجالات ـ الإدارة

الدكتور
سليمان على الدليمي





الرعايـــة

والخدمة الاجتماعية

التطور التاريخي - المجالات - الادارة

الرعايـــة

والخدمة الاجتماعية

التطور التاريخي – المجالات – الادارة

الدكتور

سليمان علي الدليمي



رقم التصنيف : 360

المؤلف ومن هو في حكمه : سليمان علي الدليمي.

عنوان الكتاب : الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية:المجالات ،الادارة..

رقم الإيداع : 2014/1/332

الواصفات : الرعاية الاجتماعية//الخدمات الاجتماعية/

بيانات الناشر : عمان – دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع

يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

(ردمك) ISBN 978-9957-32-814-6

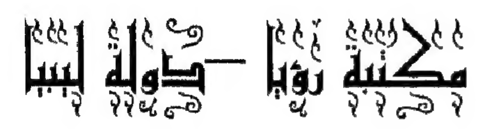
تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية.

الطبعة الأولى 2014-1435هـ

نشر مشترك



دار الحامد للنشر والتوزيع



الأردن - عمان - شفا بدران - شارع العرب مقابل جامعة العلوم التطبيقية

هاتف: 5231081 6 962+ فاكس: 5235594 6 962+

ص.ب. (366) الرمز البريدي: (11941) عمان – الأردن

www.daralhamed.net

E-mail : daralhamed@yahoo.com

00218-92-6595190

00218-51-4625669

E-mail:mohseen1967@yahoo.com

المحتويات

الموضــــوع	الصفحة
المقدمة	9
الفصل الأول **الرعاية والخدمة الإجتماعية**	13
- مفهوم الرعاية الإجتماعية	15
- خصائص الرعاية الإجتماعية	33
- خدمات الرعاية الإجتماعية	34
- الرعاية والخدمة الإجتماعية	38
- الخصائص المشتركة للرعاية والخدمة الإجتماعية	42
الفصل الثاني **الرعاية الإجتماعية في الغرب**	47
- التطور التاريخي للرعاية الإجتماعية في الغرب	49
- الرعاية الإجتماعية في انكلترا	71
- الرعاية الإجتماعية في فرنسا	78
- الرعاية الإجتماعية في المانيا	81
- الرعاية الإجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية	86
- الرعاية الإجتماعية في الإتحاد السوفياتي (سابقا)	93
الفصل الثالث **الخدمة الإجتماعية كممارسة مهنية**	105
- مفهوم الخدمة الإجتماعية	107
- مبادىء الخدمة الإجتماعية	110
- الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية	113

- السمات المهنية للخدمة الإجتماعية 126
- الاهداف الأساسية للخدمة الإجتماعية 128
- الخصائص العامة للخدمة الإجتماعية 131
- السلوك المهني للأخصائي الإجتماعي 132
- العمليات المهنية للأخصائي الإجتماعي 133
- العناصر الأساسية للخدمة الإجتماعية 135
- مناهج الخدمة الإجتماعية 138
- الطرق الثانوية للخدمة الإجتماعية 153

الفصل الرابع 159

المجالات الأساسية للرعاية والخدمة الإجتماعية

- رعاية الطفولة 162
- رعاية الأسرة 177
- رعاية المسنين 181
- رعاية المعاقين 185
- رعاية الأحداث 192
- الرعاية الإجتماعية للعمال 205
- الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي 214
- الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي 246

الفصل الخامس 265

ادارة المؤسسات الإجتماعية

- مفهوم الادارة 269
- المبادىء الأساسية للادارة 271
- الوظائف الادارية 273
- المهام الأساسية للاداري 277

- الإدارة ومفهوم الإنساق 278
- الإنساق وأهميتها بالنسبة للإداري 282
- العناصر الأساسية للمؤسسة كنسق اجتماعي 285
- العلاقة بين المؤسسة والمحيط 287
- العمليات والوظائف الادارية 292
- الخطوات الأساسية في عملية التنظيم 295

المقدمة

تعتبر الرعاية الإجتماعية هدفا يسعى اليه المجتمع لتحقيق رفاهية الأفراد عن طريق تنظيم البرامج والخدمات وانشاء المؤسسات واصدار التشريعات التي تضمن تحقيق مستوى معيشي يليق بكرامة الإنسان، أما الخدمة الإجتماعية فهي منهج يعتمد العلم والمهارةلتحقيق أهداف الرعاية الإجتماعية، ولهذا تعتبر الخدمة الإجتماعية كمهنة احدى أهم الأدوات التي يتم عن طريقها تنفيذ سياسة الرعاية الإجتماعية، والخدمة الإجتماعية بمعناها القديم قد ظهرت في كل المجتمعات ونادت بها جميع الأديان الا أن ظهورها كمهنة يعتبر من افرازات الثورة الصناعية وما نجم عنها من مشكلات ؛ وهكذا بدأت الخدمة الإجماعية بمعناها الحديث كامتداد طبيعي للرعاية الإجتماعية بصورها واشكالها القديمة. وقد تطورت في الآونة الأخيرة نتيجة للتطور الذى شهدته العلوم الإجتماعية حتى أصبح لها مفهوما حديثا يعتمد الأسلوب العلمي في دراسة المشكلات، وتحولت الى مهنة لها أصولها ومبادئها وطرقها الفنية...

ومن الخصائص المشتركة بين الرعاية الإجتماعية كمجال واسع والخدمة الإجتماعية كمهنة: الجهود التي تبذلها الخدمة الإجتماعية فسي تحديد احتياجات الرعاية الإجتماعية، وبالتالي تغيير نظم الرعاية الإجتماعية لكي تتلائم مع طبيعة الظروف والمتغيرات التي يمر بها المجتمع وتستجيب لإحتياجاته ومتطلباته.

وبهذا فالعلاقة بين الخدمة الإجتماعية والرعاية الإجتماعية هي علاقة ذات وجهين أحدهما يتمثل بدور الخدمة الإجتماعية في عمليات التغير داخل الرعاية الإجتماعية، بينما يتناول الثاني موضوع تغير الخدمة الإجتماعية نفسها لتستجيب أكثر لعملية التغير ــ فالخدمة الإجتماعية تقوم بدور مزدوج يمثل الأول مجال المساعدات المهنية، ويمثل الثاني مجال الرعاية الإجتماعية. فالنسبة للجانب الأول لا يمكن الفصل بين الخدمة الإجتماعية ومشاكل الناس، لأن الخدمة الإجتماعية

كمهنة ظهرت في الأساس لاشباع حاجات الناس وتلبية متطلبات حياتهم اليومية وبالتالي التصدى للمشكلات التي ظهرت في المجتمعات الانسانية. أما بالنسبة للجانب الثاني، فالخدمة الإجتماعية لاتقتصر على مساعدة الناس في حل مشكلاتهم أو تحقيق التكيف المطلوب، وإنما تعمل على تغيير الأوضاع والنظم السائدة في المجتمع وبما يساهم في حل المشكلات والتصدى لها. وتعمل بالتالي على رفع المستوى الاقتصادى والصحي والتعليمي للناس، أو تهيئة فرص عمل جديدة أو إصدار تشريعات كبرامج الضمان والتأمين الإجتماعي.

وبناءا على ماتقدم من حقائق تصبح الرعاية الإجتماعية مجالا واسعا لمختلف التخصصات، والكتاب الذى نقدمه هو محاولة توظيف نشاطات الرعاية الإجتماعية بما يتناسب والمجال الذى تعمل فيه. وبمعنى آخر التعرف على مكانة الخدمة الإجتماعية داخل الرعاية الإجتماعية من خلال الأدوار التي تقوم بها في مختلف المجالات.

ويتضمن هذا الكتاب الذى يحمل عنوان الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية خمسة فصول يتناول **الأول** مفهوم الرعاية الإجتماعية والتطور الذى شهده عبر مختلف المراحل والوقوف على أهم خصائصه المميزة في العصر الحديث، والخدمات التي ينطوى عليها هذا المفهوم، إضافة الى التباين والإختلاف بين مفهوم الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية والخصائص المشتركة بينهما. ويتعرض **الفصل الثاني** لموضوع التطور التاريخي للرعاية الإجتماعية في الغرب بإستخدام المنظور المقارن للسياسة الإجتماعية في الغرب مع التركيز على التجربة البريطانية لدورها الفعال في بلورة مفهوم الرعاية الإجتماعية والتشريعات الصادرة عنها.

ويتضمن **الفصل الثالث** العناصر الأساسية لموضوع الخدمة الإجتماعية كما في تطور النظريات والمفاهيم، والممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية، إضافة الى المبادىء والخصائص والأهداف التي تسعى الى تحقيقها الخدمة الإجتماعية ــ ومن

العناصر الأساسية لهذا الفصل السلوك المهني للأخصائي الإجتماعي والعمليات المهنية المميزة لهذا السلوك – وينتهي الفصل بمناقشة الطرق الأساسية والثانوية للخدمة الإجتماعية.

أما **الفصل الرابع** فيرتكز على دراسة المجالات الأساسية للرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية وما تنطوى عليه هذه المجالات من ممارسات وسلوك مهني يؤكد دور الخدمة الإجتماعية في مجال الرعاية الإجتماعية.

ويخصص **الفصل الخامس** والأخير لموضوع الإدارة مستعرضا المفهوم والمبادىء والوظائف الادارية العامة، ومؤكدا على أهمية العلاقة بين المؤسسة والمحيط وما ينطوى على ذلك من عمليات وما يستهدفه من تطورات داخل التنظيم – ولا يغفل هذا الفصل أهمية الإدارى الجيد ودوره في تطوير الإدارة الإجتماعية من خلال إستعراض المهام الأساسية التي يقوم بها في عملية التنظيم والتخطيط وغيرها من العمليات الإدارية.

ونرجو أن يكون لهذا الكتاب المتواضع بما يتضمنه من معارف نظرية ومواقف فكرية دورا في توجيه طلبة الكليات والمعاهد الإجتماعية أو الذين يرغبون في معرفة تفاصيل الخدمة الإجتماعية وممارساتها المهنية في مختلف مجالات الرعاية الإجتماعية.

ونسأل الله التوفيق

الدكتور
سليمان علي الدليمي

الفصل الأول

الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية

ويتكون من:

1. مفهوم الرعـــاية الإجتماعيـــة.
2. خصائص الرعـــاية الإجتماعيـــة.
3. خدمات الرعـاية الإجتماعيـــة.
4. الرعايــة الإجتماعيــة والخدمــة الإجتماعية.
5. الخصائص المشتركة للرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية.

الفصل الأول

الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية

مفهوم الرعاية الإجتماعية:

يقترن تاريخ الرعاية الإجتماعية بتاريخ البشرية. وقد إختلفت المجتمعات البشرية في إجراءاتها التي إتخذتها لعلاج المشكلات الإجتماعية وخاصة الفقر بإختلاف مراحلها التطورية التي شهدتها عبر مسيرتها الطويلة. وقد تمثلت هذه الإجراءات في مراحلها الأولى بالدور الذى لعبته كل من الكنيسة (في المجتمعات الغربية) والمنظمات الطوعيةوالخاصة في مساعدة الفقراء والمحتاجين والتخفيف من آثار المشكلات الناجمة عن الفقر. بينما يتمثل الإتجاه الحديث بالمسئولية الجماعية للدولة والمجتمع في ضمان الحد الأدنى من الدخل والصحة والإسكان والتعليم لكل مواطن، وإعتبار ذلك حقا للمواطن وواجبا على الدولة. وهذا التحول في نشاطات الرعاية الإجتماعية من الشكل البسيط الذى يعتمد على الأسرة والقرابة والمؤسسة الدينية إلى شكله الحديث ذات الطابع المؤسسي يعزى إلى الكثير من العوامل يأتي في مقدمتها الثورة الصناعية وما أحدثته من تغيرات في البنية الإقتصادية للمجتمع. وهنا لابد من الإشارة بأن تدخل الدولة في مجال الرعاية الإجتماعية قد بدأ في وقت مبكر، أى قبل ظهور الثورة الصناعية والرأسمالية. وهناك الكثير من البلدان في الماضي والحاضر قد أخذت بمبدأ الرعاية الإجتماعية دون أن تعرف التصنيع.

وعموما يمكن التمييز بين ثلاث مراحل تاريخية في تطور الرعاية الإجتماعية وكما يلي:

المرحلة الأولى:

مرحلة إنهيار النظام الإقطاعي وفي مرحلة الإصلاح الديني الذى نادى بضرورة إتخاذ الإجراءات اللازمة لمحاربة الفقر ومنها تبنى سياسات إجتماعية

جديدة وخاصة على المستوى المحلى وضرورة إنشاء المؤسسات التى تتولى تنفيذ السياسات لتحل ولو جزئيا محل الجهود التى كانت تقوم بها الكنيسة والطوائف المهنية في مرحلة العصور الوسطى[1]. وبالرغم من التحولات التى رافقت إنهيار النظام الإقطاعي خلال القرنين السادس عشر والسابع عشر، فقد ظهرت الكثير من الأراء التى تعتبر الفقر مسؤولية فردية وإن حاجة الفرد الإقتصادية ترجع الى عيب شخصي يكمن فيه، عدا بعض الحالات كما في المسنين، الأطفال، المعاقين، المرضى والعجزة وما إلى ذلك من الأفراد غير القادرين على العمل. وقد كانت الإ جراءات التى إتخذتها الحكومات في مساعدة الفقراء قاسية جدا بحجة أن المساعدات التي تقدم للفقراء تقضي على الروح المعنوية لهم وتشجعهم على الكسل.

ومع ما ينطوى على هذه الإجراءات من ملامح القمع والقسوة فإنها أكدت مسؤولية المجتمع القانونية نحو مساعدة الفقراء. وقد ظهرت مثل هذه الإجراءات في بداية الأمر في المدن الكبيرة عن طريق جمع التبرعات من الاغنياء وتوزيعها على المحتاجين، وكانت المجالس البلدية تتولى مسؤولية تنظيم الإحسان. ويعتبر مجلس بلدية (IPRES) في بلجيكا والذى أنشيء عام 1531من أقدم وأشهر الهيئات المحلية التي تولت مثل هذه المهمة. ويعتمد هذا المجلس على خطة مفادها تشكيل لجنة من مجموعة من المواطنين تتولى عملية جمع التبرعات والإشراف على توزيعها، ويعمل هؤلاء الأفراد كمتطوعين وبدون أجر. وقد نالت هذه الفكرة إهتمام الكثير من المفكرين مما أدى الى انتشارها في أغلبية البلدان الأوروبية. ومن الأفكار المتأثرة بنظام مدينة (IPRES) لمساعدة الفقراء " الصندوق المشترك " الذى جاء به مارتن لوثر، والذى يستهدف دعم وتمويل النشاطات الدينية والخيرية والتربوية لمدينة (LEISING) في ألمانيا. وهناك أيضا الخطة التي جاء بها لويس فايف والتي تهدف إلى مساعدة الفقراء وإيجاد عمل لهم في مدينة (BURGES).

---

(1) Friendlander, Walter A.,' introduction to social welfare' in Margaret Gordon. The economics of of welfarepoicies. (N.Y, Colombia University press) 1963. p1.

أما في إنجلترا ونتيجة لزيادة عدد السكان ونمو حجم المدن وتطور التجـارة والصناعة وتكدس الأعداد الكبيرة من الناس داخل المدن ومـن الـذين إنقطعـت صلاتهم بالأرض، كل ذلك أدى الى إنتشار الفقر والحرمان داخـل المـدن، ممـا إضطر البرلمان الإنجليزى عام 1536إلى إصدار قرارخـاص بجمـع الصـدقات وتوزيعها على المحتاجين. ويتولى هذه المهمة مجموعة من الموظفين العاملين فـي المدن والإدارات المحلية، وينص هذا القرار على ضرورة توفير العـيش للفقـراء والعجزة والمرضى وذوى العاهات وغير القادرين على العمل[1].

وبالرغم من أهمية الأعمال الخيريـة والتبرعـات فـي مسـاعدة الفقـراء والمحتاجين إلا أن تأثيرها في تغيير الظروف الإجتماعية للأسر الفقيرة كان محدودا جدا، مما إضطر الإنجليز إلى إصدار الكثير من التعديلات خلال مرحلـة القـرن السادس عشر حتى صدور القانون الذى يسمى بقانون إليزابيث للفقراء، وذلك عـام 1601نموذج المساعدات العامة والتى هي من مسؤولية الحكومة وعلى مدى ثلاثـة قرون، وأرسى قواعد المسؤولية في الكنائس والإدارات المحلية لتنظيم المسـاعدات وتوفير العمل للقادرين عليه ورعاية الأطفال. وقد حمل القانون كل مـن الأسـرة والأقارب مسؤولية مساعدة وإعالة الفقيـر، وأن السـلطات التـي تشـرف علـى المساعدات العامة لا تصرف المعونة التي يحتاجها الفرد المعوز أو الفقيـر إلا إذا عجزت الأسرة والأقارب عن إعالته. وقد إنتشر تاثير قانون الفقراء الإنجليزى في مضمونه وفلسفته إلى أنحاء أخرى من العالم ومنها أمريكا الشمالية عـن طريـق المهاجرين من الإنجليز الذين إستقروا في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، وبقـى سارى المفعول لعدة سنوات، وكان موضوعا للمناقشة والجدل بين مختلف المفكرين والفلاسفة، وإنتقده الأغنياء وعارضه الفقراء. وقد كانت مهمة القانون الأولى تتجسد في إيجاد عمل للقادرين عليه، ولكنها لم تكن مهمة سهلة بالنسبة للحكومات المحلية.

---

[1] D e Schweintz , Karl. , social Security for Egypt, (Washington , Social Admin) 1952. p.14.

وقد حاولت الحكومة الوطنية في فرنسا تطبيق التجربة الإنجليزية عــام 1848، إلا أن بيوت العمل التي أنشئت خلال تلك الفترة لم تدم إلا بضعة أشهر وفشلت فشــلا ذريعا في محاولاتها الجادة التى كانت تستهدف إيجاد فرص عمل للأفراد القــادرين على العمل من الفقراء. وقد حاولت الولايات المتحدة الأمريكية عام 1930 أيضــا القيام بتنفيذ الكثير من المشاريع الحكومية والتي خصصــت لهــا الملايــين مــن الدولارات بهدف رفاهية الفرد والمجتمع[1].

المرحلة الثانية:

وتبدأ المرحلة الثانية فــي تطــور الرعايــة الإجتماعيــة بــالقرن التاســع عشر،وقدظهرفي هذه المرحلة نوع جديد من الإهتمام بالفقر ومساعدة الفقراء نتيجة لآثار الثورة الصناعية حيث لعب الإقتصاديون الأوائل دورا مهما في هذا المجال قد زادت خلال هذه المرحلة مخاوف الطبقة العاملة نتيجة لعدم الإستقرار الإقتصــادى وما قد ينجم عن ذلك من حالات كالبطالة والشيخوخة والوفاة. ومن مميزات هــذه المرحلة، هو أن الفلسفة الإشتراكية خلال النصف الأول من القرن التاسع عشر قــد أخذت بالإزدهار بعد أن تخطت مرحلتها المثالية، وتشكلت العديد مــن الأحــزاب والحركات والتنظيمات العمالية في أوروبا وقد كان إنتشار الأفكار الإشتراكية فــي هذه المرحلة بين صفوف الطبقة العاملة بمثابة رد فعل طبيعي للظــروف القاســية التي كانت تعيشها الأمر الذى دفع بسمارك رئيس وزراء ألمانيا آنذاك وهــو مــن المحافظين، إلى تبني سياسة جديدة تستهدف حماية الطبقة العاملة من الأثــار التــي أحدثتها الثورة الصناعية، وضمان حقوقهم وخاصة في حالات الشيخوخة والبطالــة والإعاقة وما إلى ذلك عن طريق برامج التأمين الإجتماعي. وكان الدافع من وراء إتخاذ مثل هذه الإجراءات من قبل بسمارك هو الخــوف مــن التيــار الإشــتراكي وبالتالي منع إنتشاره في صفوف الطبقة العاملة. وخلال النصف الثاني من القــرن

---

[1] Sidney and Beatrice Webb. English poor low H istory. part1. The old poor law. (London , Longman , Green and Co) 1927. p.425.

التاسع عشركان لقوانين الضمان الإجتماعي في ألمانيا تاثير كبير على تشـريعات الرعاية الإجتماعية في بلدان أوروبا الغربية وخاصة في مجال رعاية الطبقة العاملة لتحل محل الأنماط القديمة في مساعدة الفقراء.

ومن أبرز ما يميز إنجلترا خلال هذه المرحلة ظهور جمعيات تنظيم الإحسان وحركة المحلات الإجتماعية. فقد إستطاع مجموعة من القـادة المحليـين تأسـيس جمعية تنظيم الإحسان في لندن عام 1869 وذلك لوضع حد لمظاهر الفوضى وعدم التنسيق بين مختلف نشاطات الجمعيات الخيرية. وقد كانت فكرة هذه الجمعية قائمة في إسكتلندا وفي ألمانيا قبل قيام جمعية تنظيم الإحسان في لنـدن بمـا يقـرب 50 عاما. وكان الهدف من تأسيس جمعية تنظيم في لندن هو تنسيق أوجه التعاون بـين مختلف النشاطات الخيرية. ومن أبرز المبادىء التي إعتمدتها الجمعية ما يلي:

1- تقسيم المدينة إلى أقسام صغيرة (محلية) تخضع لإشراف الجمعية الأم. وتقـوم هذه الجمعيات والمؤسسات على المستوى المحلي بتبادل المعلومات والإشراف على جهود الجمعيات الخيرية في توزيع المساعدات. وكان الهدف من ذلك منع الإزدواجية في العمل وتنسيق الجهود.
2- إيجاد العمل اللازم للفرد بعد تدريبه وإعداده ويشمل ذلك جميع الإفراد الـذين يتقدمون بطلب المساعدة. وقد كشفت هذه الطريقة عـن وجـود الكثيـر مـن المتسولين المحترفين الذين يتلقون المساعدات من هيئات وجمعيـات متعـددة وذلك بإتباع أساليب الغش والخداع.
3- دعت الجمعية إلى أن يقتصر المساعدات والمنح إلى الأسر التى تعاني من الفقر والعوز.
4- تتولى مسؤولية الإشراف على توزيع المساعدات مجموعة من المتطوعين الذين يخضعون لإشراف موظف خاص تعينه الجمعية ويكون مسؤولا أمامهـا عـن مدى نجاح جهود المتطوعين.

وبعد فترة قصيرة من تدشين جمعية تنظيم الإحسان في لندن، إنتقلت فكرة هذه الحركة الإجتماعية إلى الولايات المتحدة الأمريكية. ففي عام 1887تم إنشاء أول جمعية أمريكية لتنظيم الإحسان.وهكذا إنتقلت هذه الفكرة إلى أجزاء أخرى من العالم بعد أن نجحت في تنسيق الجهود وتحقيق نوع من التعاون بين الجمعيات الخاصة والعامة التى تستهدف مساعدة الفقراء. ولكن وبعد ما يقرب من نصف قرن من قيام جمعية تنظيم الإحسان في لندن عام 1869 وفي مرحلة لاحقة الولايات المتحدة الأمريكية وأجزاء أخرى من العالم، تبين فشل هذه الحركة في التصدى للمشكلات الإجتماعية. ولكنها إستطاعت أن تسهم مساهمة كبيرة في مجال الخدمات الإجتماعية، عن طريق إستخدام الطريقة العلمية في دراسة الحاجات الإنسانية، وتطوير وتنظيم الأساليب الوقائية والعلاجية في علاج المشكلات الإجتماعية.

أما الجانب الأخر الذى يميز إنجلترا خلال القرن التاسع عشر فيتمثل في ظهور حركة المحلات الإجتماعية التي تهدف إلى تحقيق الأغراض التالية:

1- زيادة المستوى التعليمي للفقراء ونشر الوعي الثقافي والصحي بينهم.
2- تزويد الطلاب بالمعلومات الخاصة عن الأحوال الإجتماعية للفقراء وخاصة المهتمين بالجوانب الإجتماعية.
3- تعريف الناس بالمشكلات الإجتماعية والصحية وتوجيه إهتمامهم بالتشريع الإجتماعي.

وتعتبر محلة توينبي التي تأسست عام 1884 أول محلة أو دار للتثقيف وتوفير الفرص التعليمية لأهالي المنطقة. وكان الغرض الرئيسي وراء إنشاء المحلة هوإيجاد التفاعل والتواصل المستمر بين المثقفين من الرجال والنساء وبين الطبقات الفقيرة حتى يمكن عن طريق العمل المشترك وإجراء الدراسات والإبحاث الإجتماعية إحداث التغيرات الإجتماعية والثقافة المطلوبة.

ومن الجوانب الأخرى التي تميز إنجلترا خلال هذه المرحلة حركة البحث الإجتماعية التي أثرت في الفلسفة الإجتماعية ومكانة الفقراء في المجتمع. وكانت لحركة البحث الإجتماعي والدراسات الإجتماعية التي إهتمت بدراسة الأحوال الإجتماعية والصحية لمختلف الفئات الإجتماعية دور كبير في إيقاض الرأى العام وإثارة إهتمام المصلحين بشؤون المجتمع. وقد بدأت أول هذه الدراسات عام 1876 بأن ثلث سكان مدينة لندن يعيشون على حد الكفاف. وفندت نتائج هذه الدراسة الفرضية التي كانت سائدة آنذاك والتي تقول بأن الفقر نتاج لخلل فردى، وبمعنى آخر فالفرد هو المسؤول الأول عن فقره. ومن النتائج الأخرى التي أسفرت عنها هذه الدراسة هو أن الفقر والعوز نتاج لظروف أخرى يعيشها الفرد ومنها قلة الأجور وبالتالي إنخفاض مستوى المعيشة وما يترتب على ذلك من سوء الأحوال الصحية والبيئية والسكنية[1].

المرحلة الثالثة.

وترتبط المرحلة الثالثة في تطور الرعاية إلجتماعية بالأفكار التي جاء بها جون كينز والتي تستهدف الإستخدام الأمثل والكامل للعمالة وبالتالي تحقيق الإستقرار الإقتصادي. وقد لعب هذا الإتجاه دورا بارزا في تطوير برامج الضمان والتأمين الإجتماعي خلال مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية في إنجلترا.

وقد أكدت مارجريت جوردن على وجود مرحلة رابعة في تطور برامج الرعاية الإجتماعية تتمثل بالإهتمام المتزايد للحكومات بالموارد البشرية ودور ذلك في عملية التنمية. ويؤكد هذا الإتجاه وجود علاقة مباشرة بين تطور برامج الرعاية الإجتماعية وتنمية الموارد البشرية أو العنصر الإنساني، عن طريق توفير الخدمات

---

[1] حسن، محمود. الخدمات الإجتماعية المقارنة. بيروت، دارالنهضة العربية 1982- ص118-119.

التي تستهدف المحافظة على صحة وسلامة السكان وبالتالي تحسين مستوى الأداء وزيادة الكفاءة الإنتاجية[1].

ويمكن إضافة مرحلة خامسة في تطورالرعاية الإجتماعية، وهذه المرحلة ما زالت في طور النمو، وتدور حول الجدل القائم بخصوص التكاليف الباهظة لأنشطة الرعاية الإجتماعية.إذ يرى البعض بأن تدخل الدولة غير المحدود في مجال الرعاية الإجتماعية قد يؤدى إلى إهدار إمكانياتها ومواردها الإقتصادية عن طريق تمويل برامج ومشاريع الرعاية الإجتماعية، الأمر الذى يستلزم تخلى الحكومات عن بعض مسؤولياتها في هذا المجال لتحل محلها مؤسسات القطاع الخاص والتجاري لتسهم في تقديم خدمات الرعاية الإجتماعية. وهذا ما تم تطبيقه فعلا في بعض البلدان الأوروبية ويأتي في مقدمتها بريطانيا في عهد حكومة ثاتشير المحافظة[2].

وبهذا يختلف مفهوم الرعاية الإجتماعية في فلسفته ومضمونه بإختلاف المجتمعات الإنسانية والمراحل التطورية التي مرت بها. فمن حيث التطور التاريخي، الرعاية الإجتماعية قديمة قدم المجتمع الإنساني، عرفتها المجتمعات البدائية حيث كانت المساعدة المتبادلة بين الناس في حل مشاكلهم جزءا من حياتهم اليومية، وهناك الكثير من النشاطات التي مارستها تلك المجتمعات تدخل في نطاق الرعاية الإجتماعية. وإستخدمت الحضارات القديمة الرعاية الإجتماعية كمفهوم مرادف لتقديم الصدقة والإحسان، وضمنت ما يكفي لسد حاجة الفقير والمحتاج ومساعدة المريض والعاجز. وإعتبرت الأديان السماوية منح الصدقات واجبا دينيا، وإعتبرت الإحسان من أنبل الأعمال الإنسانية. ويمتد مفهوم الرعاية الإجتماعية في الوقت الحاضرليشمل كل أنواع النشاط الإجتماعي الموجه لصالح الفرد والجماعة والمجتمع بحيث تصبح غايته النهائية تحقيق الرفاهية للجميع. وقد يضيق هذاالنشاط

---

(1) Gordon , Margaret. The economics of welfare policies.op. cit.p.12.
(2) Taylor- Gooby , Peter and Papadakis , Elim. The privatization of public welfare:State,Market , and community. (Brighton , Wheatsheaf) 1987.

الإنساني المنظم أو يتسع حسب فلسفة المجتمع النابعة من أيديولوجيته وتراثه وتطلعاته.

فالسياسة الإجتماعية في الغرب مثلا تستمد أصولها ومبادئها من الفلسفة السياسية والأخلاقية السائدة فيتلك المجتمعات، ومن النظريات العامة حول ما يسمى بمجتمع العدالة والرفاه الإجتماعي. وتستخدم الرعاية الإجتماعية بناءا على تلك الفلسفة كمفهوم مرادف للسياسة الإجتماعية للتعبير عن رفاهية المجتمع أو الرفاه الإجتماعي العام. ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من المفاهيم السائدة عن الرفاهية الإجتماعية في المجتمعات الغربية وكما يلي:

1- رفاهية جميع الأفراد في المجتمع. ويعتبر هذا النوع من أكثر المفاهيم السائدة في الغرب إرتباطا بالفلسفة الفردية والليبرالية التي تنادى بضرورة تحقيق أقصى درجات الإشباع لحاجات الفرد اليومية ويؤكد أتباع هذه المدرسة أمثال هوبس ولوك وآدم سميث بضرورة تدخل الدولة للتوفيق بين مصالح الجماعات المتعارضة، وتوفير الخدمات ذات الطابع الجماعي والمتضمنة الدفاع والحفاظ على الأمن والنظام.

2- الخدمات العامة التي تقدمها الدولة. وترجع أصول هذا المفهوم إلى مجموعة من الكتاب والمفكرين الألمان أمثال هيغل إضافة إلى ماركس الذى يؤكد على أهمية وجود ما يسمى بالدولة المركزية. ويرتبط مفهوم الرفاه العام والرعاية الإجتماعية بمدى قدرة المجتمع على توفير الخدمات الإجتماعية وما تتميز به مؤسساته من تنظيم يسمح بتحقيق مثل هذا الهدف.

3- البرامج والخدمات التي تحددها طبيعة العلاقات السائدة بين الأفراد في المجتمع. ويستمد هذا المفهوم أصوله من الديانات السماوية كاليهودية والمسيحية والإسلام. ويعتبر هذا النوع من الدعم والمساعدة من أقدم الأشكال وأكثرها شيوعا في عالم اليوم للتصدى لمشكلات الناس وإشباع الحاجات الأساسية للفقراء والمحتاجين. والرعاية الإجتماعية طبقا لهذا المفهوم القائم على

التكافل والتساند، كانت قائمة ومعروفة في المجتمعات الإنسانية وستظل كظاهرة إجتماعية وإنسانية لا غنى عنها ما دام الإنسان مرتبطا بغيره بعلاقات إجتماعية وما دام متفاعلا في بيئة إجتماعية تفرض عليه احتياجات معينة كما توفر لــه جميع الإمكانيات والموارد. ويرى أصحاب هذا الرأى ومؤيدوه بــأن المنفعــة العامة لا يمكن أن تحقق بدون المشاركة الفعالة للفرد بإعتبــاره عضــوا فــي مجتمع، وهذه المشاركة يجب أن تحل محلالدولة أو أى جهة أخرى في تلبيــة متطلبات الأفراد والجماعات.وهذا يعني العودة إلــى الأجهــزة والمؤسســات التقليدية في مجال الرعاية الإجتماعية. وهذا المفهوم فــي إشــباع الحاجــات الأساسية للفرد والجماعة ما زال سائدا في المجتمعات الناميــة التــي تعتبــر العلاقات بين أفراد الأسرة والعشيرة والقبيلة من الأمور المهمة في تقديم الدعم والمساعدة الضرورية خارج الدولة والعلاقات الرسمية. وقد أثير هذا المفهــوم أخيرا في المجتمعات الغربية وخاصة بريطانيا نتيجة لزيادة تدخل الدولة وعدم قدرتها على التصدى للمشكلات الإجتماعية، فضلا عن قلة الموارد التي يتطلبها تنفيذ برامج الرعاية والتوسع في مشاريعها.

وقد تاثرت الرعاية الإجتماعية في الوطن العربي بهذه الأفكــار والفلســفات إضافة إلى المبادىء المستمدة من التراث الديني والأخلاقي الذي يميــز المجتمــع العربي. ويبدو ذلك واضحا من خلال انتشار المفهوم الأخير الذى يؤكد على أهمية التكافل بين أفراد المجتمع في تقديم جميع أشكال الدعم بعيدا عن الطرق الرســمية للدولة. وعموما فهناك نوعان من المفاهيم المستخدمة في أغلب المراجع والدراسات الإجتماعية. يتناول الأول المفهوم الواسع للرعاية الإجتماعيــة ويتضــمن جميــع البرامج والخدمات والمنافع الموجهة لإشباع الحاجات الإجتماعية والتي تعتبر شرطا أساسيا لرفاهية الموطنين وتمكينهم من تحقيــق أعلــى مســتويات الأداء لمهــامهم الحياتية. ويغطي هذا المفهوم السائد في البلدان الإشتراكية المجالات التالية:

1- تنمية الموارد البشرية إضافة إلى مجالات أخرى مثل التربية والثقافة والعلوم.

2- الإستخدام الأمثل والكامل للأيدى العاملة، وتحسين مستوى المعيشة، وزيادة الأجور ومشاركة العمال في وضع الخطط والبرامج والعمل على تنفيذها ومتابعتها

3- تحقيق العدالة في توزيع الثروة، والمساواة الإجتماعية للمرأة في الواجبات والحقوق مع الرجل، توفير فرص التعليم لجميع المواطنين وإيجاد الظروف المناسبة للتجديد والإبتكار.

4- توفير مستوى ملائم من الصحة والسكن والظروف المعيشية الأخرى لجميع المواطنين.

5- تحسين الظروف الإجتماعية والنفسية والمادية للمسنين والعجزة والمعاقين والنهوض ببرامج الضمان والتأمين الإجتماعي.

ويؤكد هذا المفهوم الواسع والشامل بأن خدمات الرعاية الإجتماعية هي خدمات منظمة وتنطوى على مستوى عال من الطموح الإجتماعي لكل من الفرد والجماعة. ويتحدد هذا المفهوم على أساس توفير الظروف الملائمة التي تسمح بتطور إمكانيات الفرد والمجتمع. وهذا يمكن أن يتضمن كل أنواع النشاط الإجتماعي الهادف إلى تحقيق الصالح العام، أى كل ما تقوم به الحكومة من إجراءات نحو تحقيق الرفاه العام ولجميع المواطنين. وهنا لابد من الإشارة بأن أغلب المواثيق والإستراتيجيات الصادرة عن الجامعة العربية في مجال العمل الإجتماعي والتنمية الإجتماعية تستمد أفكارها ومبادئها وتصوراتها عن الرعاية الإجتماعية من مضمون المفهوم الواسع، إلا غنها تعتمد المفهوم الثاني (الضيق) عند تطبيق سياسات وبرامج الرعاية الإجتماعية.

أما المفهوم الثاني للرعاية الإجتماعية والسائد في المجتمعات الرأسمالية فيقتصر على الخدمات التي تغطيها أنشطة الرعاية الإجتماعية والتي تستهدف تلبية متطلبات فئات معينة من السكان مثل الفقراء، المعاقين، المحرومين، المتسولين

والمتضررين[1]. وهكذا تختلف مفـاهيم الرعايــة الإجتماعيــة وتختلــف بالتــالي مضامينها وأهدافها بين المجتمعات بإختلاف الأيديولوجيات السائدة، ويعـزى هـذا الإختلاف إلى عدم الإتفاقفي الأراء حول المسكلات التي تواجه المجتمعات البشرية والإجراءات الكفيلة لمواجهتها. فبعض الدول تتوسع بالمفهوم لتشمل جميع أنشـطة المجتمع المتعلقة بالتعليم والصحة والإسكان والمساعدات العامـة، بينمـا يقتصـر البعض الآخر على الأنشطة الحكومية المتعلقة بالخدمات التي تسـتهدف مسـاعدة الفقراء والمعاقين والمرضى والمسنين والأيتام[2].

ويحاول البعض الآخر من الكتاب تعريف الرعاية الإجتماعيـة مـن ناحيـة علاقتها بالأهداف الأساسية للمجتمع ولوسائل المتبعة لتحقيق تلك الأهداف، بحيـث يستخدم مفهوم الرعاية الإجتماعية كغاية للتعبير عن حالة الرفاه العام في المجتمع، ووسيلة للإشارة الى الطرق المتبعة في إشباع الحاجات الإنسانية[3].

وقد حدث في الآونة الأخيرة تحول كبير في المجتمعت الأوروبية نحو الأخذ بالمفهوم الواسع للرعاية الإجتماعية. ويشير التعريف الذى اقترحته مجموعة مـن الخبراء في إجتماعهم المنعقد لمناقشة المشـكلات الإداريـة والتنظيميـة للرعايـة الإجتماعية إلى نوعية هذا التحول من خلال التأكيد على أن " الرعاية الإجتماعيـة تتضمن مجموعة من الجهود والنشاطات المنظمة والموجهة لتمكين الأفراد والأسر

---

[1] United Nations , Working Group on European Co-operation in the developement of social welfare training and Research, Switzland (SOA/ESDP) 19-24February,1973,.pp.34.35.

[2] Parker, Julia. Local health and welfare services (London , Allen and Unwin) 1965.p.11.
See also , King , A; "The political consequences of the welfare state "in E. Spiro (ed) Evaluating the welfare state (London , Academic Press) 1983.pp.5-12.

[3] International council on social welfare , Developing social policy in conditions of rapid changes:Proceedings of the XVIth I nternational Conference on Social welfare , August 13- 19, 1972. (N.Y. Colombia University Press)1973, p10.

والجماعات والمجتمعات من مواجهة المشكلزات والتغلب عليها. وللرعاية الإجتماعية وظيفة أخرى تتمثل في تعبئة وإستخدام الموارد المادية والبشرية وتوفير جميع المتطلبات المادية لعملية لتغيير وبالتالي المشاركة في بناء الأمة"[1]. ويتناول هذا التعريف إضافة إلى تحسين الظروف لإقتصادية والإجتماعية، كافة الجهود والأنشطة والوسائل الكفيلة بتحقيق النهوض بالامة بالأمة[2]. وبخصوص الوظائف الإقتصادية والإجتماعية للرعاية الإجتماعية تحدد الأمم المتحدة الوظائف التالية:

الوظيفة العلاجية، الوظيفة التأهيلية، الوظيفة التنموية[3]. ويؤكد التعريف الصادر عن منظمة الأمم المتحدة في مطلع السبعينات على أهمية المشاركة في عملية التنمية " تتضمن الرعاية الإجتماعية كل أشكال التدخل الإجتماعي، فتشمل كافة الأساليب والعمليات (من مهارات وتعليم وخبرات ودراسة وتشخيص) التي تتصل بعلاج المشكلات والوقاية منها. وتتضمن أيضا الخدمات الإجتماعية المقدمة للأفراد والجماعات بهدف تحسين ظروفهم المعيشية وتمكينهم من المشاركة في عملية التنمية"[4]. وهذا التعريف للرعاية الإجتماعية كمجال من الأنشطة والخدمات الموجهة نحو تحقيق رفاهية الفرد والمجتمع[5]، يستند إلى نصوص ميثاق الأمم المتحدة وتتحدد أبرز أهدافه بما يلي:

---

[1] Report of the international Experts Meeting on Social Organization and Administration , Geneva 7 - 18August ,1967.(United Nations , Publication, Sales No.E68 IV 8).

[2]-United Nations , Social welfare planing in the context of National Developement Plans (N.Y.1970).p.53.

[3] United Nations , Department of Economic and Social Affairs , proceedings of the International conference of ministers responsable for Social welfare , 3 - 12 September, 1968(ST / S OA/ 89). PP. 34- 38.

[4] United Nations , Department of Economic and Social Affairs , Social welfare planing in the context of National Developement Plans (ST/SOA/89).1970.P.49.

[5] Livingstone , Arthur , Social Policy in Developing countries(London, Routledge and Kegan paul) 1969.p.51.

1- تحقيق التعاون الدولي في المجالات كافة والعمل على إيجاد الحلول اللازمة للمشكلات في المجالات الإقتصادية والإجتماعية والثقافية.
2- التنسيق بين الدول من ناحية وبينها وبين منظمة الأمم المتحدة والمؤسسات التابعة لها من ناحية أخرى لتحقيق التعاون في المجالات أعلاه.

وإضافة لهذه الأهداف يوضح الميثاق في الفصل التاسع الأمور المتعلقة بتحقيق التعاون الإقتصادى والإجتماعي الدولي من خلال:

1- تحقيق أعلى مستويات المعيشة وتوفير أساليب الإستخدام الكامل للأيدى العاملة والنهوض بعوامل التطور والتقدم الإقتصادي والإجتماعي.
2- تيسير الحلول للمشاكل الدولية والإقتصادية والإجتماعية والصحية وما يتصل بها وتعزيز التعاون الدولي في أمور الثقافة والتعليم.
3- أن يشيع في العالم إحترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية للجميع بلا تمييز بسبب الجنس أو اللغة أو الدين، ولا تفريق بين الرجال والنساء، ومراعات تلك الحقوق والحريات فعلا.

وتنص المادة (56) من الميثاق على أن يتعهد جميع الأعضاء بأن يقوموا، منفردين أو مشتركين، بما يجب عليهم من عمل بالتعاون مع الهيئة لإدراك المقاصد المنصوص عليها في المادة أعلاه[1]. وتأتي أهمية هذا التعريف من كونه صادر من أعلى وأكبر هيئة عالمية لإضافة إلى الدقة في إستخدام هذا المفهوم بحيث تتناسب وظروف كل دولة. ومن الجوانب البارزة في هذا التعريف، التأكيد على أهمية المشاركة للأفراد والجماعات في عملية التنمية وإتخاذ جميع الوسائل اللازمة لإحداث التغيير المطلوب لجميع الفراد وتحسين مستوياتهم المعيشية وهذا التأثير

---

[1] Milhaud , Maurice, The Historical developement of Social changes , No 7. 1958. p. 30.

يضع على الرعاية الإجتماعية وظيفة وغرضا أساسيا من أغراضها كان وسيظل من أبرز القضايا التي تواجه المجتمعات في عالم اليوم.

والرعاية الإجتماعية كما يوضح فوردر (Forder) مفهوم قيمي تستهدف تحقيق غايات مرغوبة، ويتطلب تعريفها حكما موضوعيا. وتختلف الآراء بخصوص هذا الحكم الذى يتناول تقييم طبيعة الرعاية الإجتماعية ومضمونها ومدى علاقتها بتحقيق الرفاه الفردى. وعموما فهو يرى بأن هناك إتجاهين لتعريف الرعاية الإجتماعية يتناول الإتجاه الأول المذهب الفردى، والرعاية الإجتماعية وفق هذا المذهب لاتذهب إلى أكثر من موضوع تحقيق الرفاه على مستوى الفرد. أى أنها لا تتعدى التصدى لمشكلات الفرد وإشباع حاجاته الأساسية. بينما يذهب الإتجاه الثاني في موضوع الرعاية الإجتماعية إلى أبعد من تحقيق رفاهية الفرد. وهكذا فإن الفلسفة الفردية التي سادت في القرن الثامن عشر وفلسفة التنوير التي ظهرت في القرن التاسع عشر تعتبر الأساس الذى تنطلق منه أغلب التيارات والإتجاهات الفكرية حول موضوع الرعاية الإجتماعية والتي تسود العالم الغربي في الوقت الحاضر[1].

ويعرف فريند لاندر (Friend lander) الرعاية الإجتماعية بأنها "جهد منظم من الوسائل والخدمات والبرامج يهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات، وتحقيق مستويات ملائما للمعيشة والصحة وذلك عن طريق العمل التعاوني الذى يهدف إلى تحسين ظروفهم الإقتصادية والإجتماعية"[2]. ويؤكد هذا التعريف على أهمية وجود مستوى من الطموح الإجتماعي للفرد والجماعة. ومعنى هذا أن مضمون الرعاية الإجتماعية يتحدد على أساس توفير ظروف ملائمة تسمح بنمو إمكانيات الفرد.

---

(1) Forder , Anthony and others , Theories of welfare (London , Routledge and Kegan Paul) 1984. p. 15.

(2) Friendlander, Walter A. Introduction to Social welfare, 3rd edition , (New jersey) , Englewood cliffs , Prentice Hall) 1968. p. 4.

أما تتمس (Titmuss) فيرى بأن الرعاية الإجتماعية " مجموعة من البرامج والخدمات التي توضح مدى التباين القائم بين مختلف النظم السياسية والإقتصـادية والإجتماعية إضافة إلى الأنماط الثقافية السائدة في مجتمعات عالم اليوم"[1].

وهناك نوعان من الطرق المعتمدة في تقديم الدعم والمساعدة في مجال الرعاية الإجتماعية: يسمى الأول التنظيم غير الرسمي الذي يقدم المساعدة للشخص على أساس الروابط الأولية (الشخصية). ويوجد هذا النمط في المجتمعات التي تسود فيها العلاقات القائمة على أساس الروابط الأسرية والقرابية والجوار. أما النوع الثاني فيسمى بالتنظيم الرسمي وهو يختلف عن المساعدة لنه يعتمد على المؤسسات التي تتولى مسؤولية تقديم الخدمات بصورة منتظمة ومستمرة ولجميع الناس. ويفترض هذا النوع وجود درجة من التباعد الإجتماعي بين من يقدم الرعاية والمستفيد منها. ومن الأمورالتي تميز التنظيم الرسمي، مضمون أو فحوى العمل الإجتماعي، القضايا أو المسائل التي تحدد مجال العمل، المؤسسات والتنظيمات التي تحدد نوع العمل، المجالات والعاملون في هذه المجالات والمهارات اللازمة لتنفيذ العمل[2].

وهكذا تمتد الرعاية إجتماعية لتشمل مختلف الأنشطة والفعاليات الإنسانية المنظمة والخاضعة لفلسفة معينة تنبع من أيديولوجية المجتمع وتراثه وتطلعاته، وتستخدم مناهج وطرق مختلفة في تقديم الخدمات والمساعدات بهدف تحقيق حياة أفضل للناس ومساعدتهم على إشباع إحتياجاتهم وعلاج مشاكلهم.

---

(1) Titmuss , Richard M. ' Commitment to welfare ' (London , Allen and Unwin) 1968. p. 60.

(2) Makhouly , Mary , " Exploration on the Nature and direction of Social welfare in the Fertile Crescent , Ph.D thesis (Western Reserve University) 1986. pp. 20 - 21.

يتضح من العرض السابق لمفاهيم الرعاية الإجتماعية أنه لا يوجد تعريف محددأن يتفق عليه جميع المشتغلين في مجال الرعاية الإجتماعية، ويرجع ذلك إلى جملة من الأمور أهمها ما يلي:

1- تعدد الأهداف والأغراض التي يتناولها مفهوم الرعاية الإجتماعية مما يثير مشكلة الأولويات أو بأى من هذه الأهداف والأغراض يجب أن تبدأ الرعاية. وفي هذا الخصوص تشير (Makhouly) في دراستها إلى نفس الأبعاد التنموية والوطنية التي أكدها (Pausic) و(Stein) و(Titmuss). وتقول " مهما كان مضمون وأبعاد الرعاية الإجتماعية، فإنها تختلف في أهدافها من بلد لآخر ومن وقت لآخر نتيجة للتغيرات الإجتماعية الكثيرة والمستمرة"[1].

2- كلما كان تعريف الرعاية الإجتماعية واسعا كلما كانت الصعوبات في إجراء المقارنات أكبر. فالحدود التي تربط بين أنظمة الرعاية الإجتماعية أقل وضوحا بالمقارنة مع النظم الأخرى. مما يجعل صعوبة في وضع تعريف واحد يمكن أن ينطبق على جميع الدول من بين مجموعة المفاهيم الوطنية السائدة عن الرعاية الإجتماعية. ومن الناحية الواقعية يتحدد هذا المفهوم في ضوء المفاهيم الوطنية السائدة في هذا البلد أو ذاك[2].

3- حداثة العهد بالدراسات الموضوعية للرعاية الإجتماعية. فمفهوم الرعاية الإجتماعية بإعتباره برنامجا علميا يقوم على الدراسة والتخطيط لاحتياجات التنمية الإجتماعية، لم يظهر إلا في بداية القرن الحالي، بالرغم من الدور الواضح لفي التصدى للمشكلات الإجتماعية والذي كان قائما على إمتداد التاريخ الإنساني.

---

(1) Pausic , Eugen. Social welfare and Social Developement (The Hague Institute of Social Studies) 1972, p 10.

(2) B ubeck , Eric A , ed. International perspectives on social welfare research report of international syposium. May 23 .

4- التطورات التي تمر بها المجتمعات الإنسانية تنعكس بشكل أو بآخر على مفهوم الرعاية الإجتماعية. فنظام الرعاية الإجتماعية وفلسفته وأهدافه وبرامجه تختلف بإختلاف المجتمعات والمراحل التطورية التي تمربها. وهذا يعني بأن تعريف الرعاية الإجتماعية يكون قادرا على الإستجابة لحاجات المجتمع ولو بدرجة نسبية في مرحلة من مراحل تطورها ويعجز عن متابعتها في المراحل اللاحقة. وما زال هذا المفهوم يتطور بمعدلات سريعة مما يفقد أى تعريف فاعليته بمرور الزمن.

5- الرعاية الإجتماعية بإعتبارها نشاطا ديناميا يعكس الإتجاهات الإقتصادية والإجتماعية والسياسية والفلسفية والحضارية السائدة في المجتمع ويتأثر بها، لا يمكنه أن يكتسب مفهوما محددا إلا بعد فشل هذه الإتجاهات وعجزها عن تلبية المتطلبات والحاجات الجديدة. إضافة الى الإختلافات القائمة ليس بين المجتمعات فحسب وإنما داخل المجتمع الواحد بخصوص الخدمات المقدمة وأساليب تقديمها والفئات المستفيدة، ودرجات استحقاقها، مما يؤثر بالتالي على كيفية إيجاد تعريف محدد لجميع هذه النشاطات.

6- أن استخدم مصطلح الرعاية الإجتماعية كمفهوم مرادف للسياسة الإجتماعية لوصف ما يسمى في بعض المجتمعات مسؤولية الدولة في توفير مستوى إقتصادى وإجتماعي ملائم للفرد، والإجراءات المتخذة لتحقيق أهداف الرعاية الإجتماعية، إضافة الى ظهور ما يسمى بدولة الرعاية، كل ذلك قد أدى الى تعقيد مشكلة إيجاد مفهوم محددواضح بين الدول.

7- إختلاف وجهات النظر في التعاريف وإختلاف مصادرها فهناك أفراد أو جماعات أو هيئات ومنظمات، والتعاريف التي إستعرضناها تعبر عن وجهة نظر قائلها أيا كان مصدره.

8- صعوبة وضع تعريف بصفة عامة، لأن أى تعريف لأى ظـاهرة لا يمكـن أن يحددها بدقة. وهذه الأساليب بمجملها تجعل من الصعب وضع تعريف شـامل ودقيق ومحدد للرعاية الإجتماعية.

خصائص الرعاية الإجتماعية:

في ضوء التعاريف السابقة لمفهوم الرعاية الإجتماعية يمكن تحديـد أبـرز الخصائص والمعاييرالمميزة لإنشطة العراية الإجتماعية في الوقت الحاضر وكمـا يلي:

1- تتميز الرعاية الإجتماعية بكونها مؤسسة مجتمعة تخضع للتنظيم الرسمي شأنها شأن التربية أو الصحة ووظيفتها تحديد إحتياجات الناس وأشباعها.

2- تعبر أنشطة الرعاية الإجتماعية عن مسؤولية المجتمع وزيادة تدخل الدولة في مختلف مجالات الحياة، بعد أن عجزت الإجهزة التقليدية ومنهـا علـى سـبيل المثال لقنوات الطبيعية كالأسرة عن تلبية متطلبات الأفراد والجماعات نتيجـة لتعقد الحياة وزيادة المشكلات فيها.

3- إرتباط الخدمات الإجتماعية بالمؤسسات الإجتماعية المتخصصة سواء الحكومية أن الأهلية أم الدولية. وتحدد هذه المؤسسات نوع وكم الخـدمات والمسـتفيدين منها وشروط الإنتفاع بموجب قوانين ولوائح وتعليمات يتطلب تنفيذها وجـود متخصصين في المجالات الإجتماعية.

4- تستهدف هذه المؤسسات والخدمات إشباع حاجات الفرد وبدون مقابل بإعتبارها حقا للمواطن وواجبا على الدولة.

5- تشمل الرعاية الإجتماعية جهودا مادية وبشرية متنوعة تهـدف إلـى معالجـة المشكلات الإجتماعية وإزالة العقبات التي تعترض نمو الأفـراد والجماعـات وتكيفهم. وبهذا فإ، جهود الرعاية الإجتماعية تنطوي علـى أهـداف علاجيـة ووقائية وتنموية.

6- للرعاية الإجتماعية أهداف أخرى ذات طبيعة إنتاجية فهي تزيد من موارد وإمكانيات المجتمع المادية والبشرية عن طريق الإستخدام الأمثل والكامل للأيدى العاملة وبما يعود بالنفع العام على المجتمع والوصول به إلى مستوى أفضل.

7- الرعاية الإجتماعية ضرورة إجتماعية وقد أصبحت من الأمور البارزة في عالم اليوم وتتنافس عليها الحكومات. وهي تختلف بين الدول في مدى ما حققته من منجزات نتيجة للتباين في الموارد الإقتصادية وإختلاف النظم السياسية والإجتماعية.

وفي ضوء الخصائص المميزة لأنشطة الرعاية الإجتماعية الحديث نستطيع أن نوجز التطورات التي شهدها مفهوم الرعاية الإجتماعية وكما يلي:

خدمات الرعاية الإجتماعية:

1- التحول التدريجي في مسؤولية الرعاية الإجتماعية من القطاع الأهلي الى القطاع الرسمي ومن المؤسسات الأهلية والخيرية ذات الطابع الديني إلى المؤسسات المتخصصة التي تشرف عليها الدولة.

2- التحول من الإهتمام برعاية الفقراء والتركيز على إشباع حاجات المحتاجين والفئات المحرومة إلى توفير جميع متطلبات الناس المادية والإجتماعية والنفسية بحيث أصبح هدف الرعاية الإجتماعية تحقيق رفاهية الجميع. في ظل ما يسمى بدولة الرعاية أو مسؤولية الدولة في رعاية جميع المواطنين.

3- تحول مفهوم الرعاية الإجتماعية من كونه مفهوما يغلب عليه طابع الصدقة والإحسان والأعمال الخيرية إلى الحقوق الأساسية للمواطنين. ومن كونه مفهوما ذات طابع مؤقت وعلاجي إلى مفهوم ثابت ووقائي يتمميز بصفة الإستمرار.

4- تحول مفهوم الرعاية الإجتماعية من كونه يقتصر على برامج وخدمات محدودة في مجالات معينة إلى مفهوم آخر يتميز بتنوع برامجه نتيجة للظروف التي

تفرضها طبيعة الحياة في المجتمعات المعاصرة. وتغطي هذه البرامج مختلف المجالات مثل البطالة، العجز، الشيخوخة، الوفاة إضافة إلى مجالات أخرى مثل المسنين، الأحداث، الأسرة والطفولة.

5- التحول في مفهوم الرعاية الإجتماعية من إصلاح الفرد إلى الإصلاح الإجتماعي.

وقد ساعد على هذا التحول الذى شهدته الرعاية الإجتماعية عبر مسيرتها التطورية الطويلة، التطور الذى شهدته العلوم الإجتماعية والسلوكية مما ساعد على دراسة المجتمع وفهم مشكلاته كأساس للإصلاح الإجتماعي.

خدمات الرعاية الإجتماعية:

ظهر مفهوم الخدمات الإجتماعية لأول مرة في بريطانيا خلال العقد الأولمن القرن العشرين عبر سلسلة من التشريعات والقوانين التي أصدرتها الحكومة آنذاك والتي تستهدف مساعدة الفقراء وتلبية متطلبات الطبقة العاملة. وأصبح واضحا بعد نهاية الحرب العالمية الأولى بأن الدولة صارت تتحمل المسؤولية الكبرى في رعاية المواطنين وتوفير مستوى معيشي لائق بهم وخاصة لذوى الدخل المحدود. وقد ترتب على زيادة التدخل في هذا المجال إتساع الخدمات الإجتماعية لتشمل المجالات التربوية والصحية والإسكان إضافة إلى ضمان حد أدنى لمعيشة المواطنين. وبذلك أصبحت مسؤولية الدولة في توفير الخدمات الإجتماعية ومنذ عام 1920مسؤولية قانونية يحددها الدستور نفسه. ويرجع إستخدام مصطلح الخدمات الإجتماعية في التقارير الرسمية إلى تلك الفترة حيث تضمن أول تقرير خاص بالخزانة مجالات الإنفاق الحكومي على الخدمات في مجالات التربية، الصحة، معاشات المتقاعدين، العاطلين عن العمل، التأمين الصحي...إلخ. وأصبحت الخدمات التي تستهدف التخفيف عن الفقر ومساعدة الفقراء من الأمور البارزة في التقرير السنوى الخاص بمجالات الإنفاق الحكومي على الخدمات الإجتماعية.وهكذا أصبح مفهوم الخدمات الإجتماعية شائعا في المصادر والأدبيات المعنية بالرعاية

الإجتماعية، بحيث يرى البعض الأساس لدولة الرعاية وقدرتها على الإستمرار يتوقف على مدى كفاءتها في ضمان وتوفير الخدمات الإجتماعية.

وقد حاول بعض الكتاب تحديد المعنى الدقيق لمصطلح الخدمة الإجتماعية والخدمات الإجتماعية الذى أصبح متداولا في لغتنا اليومية. ويرى كلارك (J.J.CLARK) بأن مفهوم الخدمات الإجتماعية يتناول جميع ما يقدمه المجتمع من خدمات لأفراده، بإعتبارها حقا من حقوقهم المشروعة بحكم إنتمائهم لذلك المجتمع.وقدم كلارك عرضا مفصلا للخدمات الإجتماعية خلال فترة ما بين الحربين، والتي كانت بمثابة الوسائل الموجهة لرعاية المواطنين وخاصة لذوى الدخل المحدود أو غير الثابت أو كليهما معا. وتشمل هذه الخدمات جميع الموارد والمنافع التي يمكن للأسر الحصول عليها في الحالات الطارئة. ومن ناحية أخرى يتجنب بعض الكتاب إعطاء تعريف محدد للخدمات الإجتماعية. وتحاول هول (M.P.HALL) في كتابها الخدمات الإجتماعية في إنكلترا، مناقشة المعيار المميز للخدمات الإجتماعية عن بقية الجهود التي تقوم بها المنظمات أو الأجهزة الطوعية والشعبية في مجال الخدمات الإجتماعية. وترى بأن الخدمات الإجتماعية هي كل ما يتعلق برفاهية الفرد، والأساس في تحديد الإلتزامات بين الأفراد تجاه بعضهم ورغبتهم في مساعدة بعضهم البعض عند الحاجة. وتضيف هول بأن التطورات الحديثة قد أدت إلى إتساع مجال الخدمات الإجتماعية، ففي بداية الأمر كانت الخدمات تستهدف تلبية متطلبات الأفراد المحتاجين، وإشباع حاجات الفقراء، ثم تطورت في منتصف القرن العشرين لتشمل حاجات المواطنين جميعا. ونتيجة لظهور مسؤولية الدولة فقد إتسع مجال هذه الخدمات في الوقت الحاضر وأصبحت تعني بالمجتمع ككل وبدون تمييز بين الشرائح والفئات الإجتماعية.

ويتضح من هذه المصطلحات بأنها تنطوى على نوع من عدم الدقة وصعوبة في التمييز بين الخدمات الإجتماعية وغيرها من الخدمات. فإذا كانت هذه الخدمات التي يوفرها المجتمع الحديث والتي تدخل في إطار الخدمات الإجتماعية تشكل

فحوى وجوهر دولة الرعاية، فماذا عن بقية الخدمات التي تتضمنها طبيعة الدولة كالخدمات الصحية، الشرطة، الأمن، المكتبات العامة، إضاءة الشوارع، خدمات الطرق والجسور، المنتزهات العامة...إلخ. أن المعيار الأساسي للتمييز بين ما هو إجتماعي من الخدمات وغير إجتماعي، هو أن الخدمات الإجتماعية تعني أساسا وبشكل مباشر برفاهية المواطنين، وعلى هذا الأساس يمكن إعتبار الخدمات الموجهة للفقراء وخدمات الرعاية الطبية، والتعليم ومعاشات المتقاعدين وتعويضات العاطلين عن العمل، بأنها خدمات تستهدف إشباع الحاجات المباشرة للأفراد والجماعات. بينما تعتبر الخدمات الأخرى كالإضاءة في الشوارع العامة، والمنتزهات، والمكتبات وتوفير المياه...إلخ، بأنها خدمات يستفيد منها عامة الناس ولا تستهدف أفراد جماعات معينة[1]. وبناءا على ذلك نستطيع أن نتبين الخاصية المميزة لخدمات الرعاية الإجتماعية والتي تستهدف النهوض برفاهية الإنسان في المجتمع الحديث. ويمكن إجمال هذه الخدمات بما يلي:

1- الخدمات الإجتماعية في مجال الضمان والتأمين الإجتماعي.
2- الخدمات الإجتماعية في مجال رعاية الأحداث سواء المنحرفين أو المعرضين للإنحراف.
3- الخدمات الإجتماعية في مجال الرعاية العمالية وتشمل التدريب والتأهيل، التغذية، الصحة، السلامة المهنية، التشريعات الخاصة بالعمل والضمان الإجتماعي لضمان حقوق العمال...إلخ.
4- الخدمات الإجتماعية في مجال رعاية الأسرة، الطفولة، المسنين، المرأة، المعاقين.
5- الخدمات الإجتماعية في المجال الصحي.

---

[1] Marsh , David , the welfare state. (London, Longman group Ltd) 1970. pp4-5.

6- المجال التربوى كما في رعاية الشباب، تعليم الكبار، دور الحضانة ورياض الأطفال.

7- توفير السكن اللازم لجميع المواطنين.

الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية.

بعد هذا العرض التاريخي للخدمات الإجتماعية التي يتضمنها مفهوم الرعاية الإجتماعية في أهدافه ومضامينه، نتحول لمناقشة مفهوم الخدمة الإجتماعية نظرا للترابط الوظيفي بين المفهومين وللتداخل الذى غالبا ما يحصل في إستخدامها. فالكتب التي ألفها الرواد الأوائل في تعليم الخدمة الإجتماعية في الوطن العربي تسير جميعها على نمط واحد، ولا تزال تفرض سيطرتها في تدريس مقررات الرعاية افجتماعية. وتبدأ هذه الكتب وما جأ مقلدا أو ناقلا عنها من الكتب، من الناحية التاريخية بالرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية كمصطلحين متلازمين مترادفين في بلاد ما بين النهرين، مصر الفرعونية، وعند اليونان والرومان وفي الأديان السماوية وأوروربا العصور الوسطى وحديثا في أمريكا وبريطانيا. وفي النهاية لا يوجد أى تباين أو إختلاف في فحوى أو مضمون أى من هذين الحقلين. وهذا ما إنعكس على الطلبة الدارسين في مجالات العلوم الإجتماعية بمختلف الإختصاصات ومختلف المراحل. وعموما هناك نوعان من الآراء المتضاربة حول تحديد العلاقة بين المفهومين. ترى الأولى بأن الرعاية الإجتماعية تستخدم كمرادف للخدمة الإجتماعية، فيما ترى الثانية بأن الرعاية الإجتماعية أعم وأشمل من الخدمة الإجتماعية. وأن الخدمة الإجتماعية كمهنة تعمل مع مهن وطرق أخرى في مجال الرعاية الإجتماعية. وهناك رأى ثالث يرى بأن الرعاية الإجتماعية تشكل الجانب العلاجي للخدمة الإجتماعية[1]. والصحيح فإن الرعاية الإجتماعية مفهوم عام والخدمة الإجتماعية مفهوم خاص فما هو المقصود بالعام والخاص؟ وما هو

---

[1] More , R.a. Introduction to social work (N.Y. Meredith publishing Co) 1964. pp.3 - 4.

مضمون المهنة وأبعادها؟. وفي معرض الإجابة على هذا السؤال لا بد من التطرق إلى العوامل التي ساعدت على نشأة الخدمة الإجتماعية وظروف تطورها التاريخي.

فالخدمة الإجتماعية بمعناها القديم قد ظهرت في كل المجتمعات ونادت بها جميع الأديان إلا أن ظهورها كمهنة يعتبر من إفرازات الثورة الصناعية التي عمت أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، وما نتج عن هذه الثورة من مشكلات إتخذت صورا وأشكالا مختلفة كان من أبرزها الهجرة من الريف إلى المدينة والبطالة ومشكلات التفكك الأسرى والظروف القاسية التي كان يعيشها عمال الصناعة...إلخ. وكان من الطبيعي إزاء هذه الحالة أن يقوم المصلحون الإجتماعيون والتنظيمات النقابية والمهنية بجهود كبيرة للحد من البؤس والشقاء الإنساني الذى تعيشه الطبقات الفقيرة. وكانت الخدمة الإجتماعية تقوم بالدور الرئيسي لإيجاد الحلول المناسبة لهذه المشكلات. وهكذا بدأت الخدمة الإجتماعية بمعناها الحديث كإمتداد طبيعي للرعاية الإجتماعية بصورها وأشكالها القديمة. وقد تطورت خلال المرحلة الأخيرة نتيجة للتطور الذى شهدته العلوم الطبيعية والإجتماعية والسلوكية حتى أصبح لها مفهوما حديثا يعتمد الأسلوب العلمي في دراسة المشكلات والبحث عن الحلول اللازمة لها، وتحولت إلى مهنة لها أصولها ومبادئها وأساليبها الفنية[1].

وهكذا تصبح العلاقة وثيقة للغاية بين الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية، فالتطورات التي مرت بها الرعاية الإجتماعية قد أسهمت في نشأة مهنة إنسانية حديثة تأخذ بالأساليب والمناهج العلمية في علاج المشكلات وطرق التحرى عنها. وهذه الأساليب التي تعتبر الأساس في نشأة الخدمة الإجتماعية كانت من أبرز الإتجاهات التي تبلورت من خلال هذا المنظور. وظلت الخدمة الإجتماعية مرتبطة بالرعاية الإجتماعية بإعتبارها المهنة التي تستطيع أن تقود الرعاية نحو تحقيق

---

[2] شوقي، عبد المنعم. مناهج الرعاية الإجتماعية في المجتمع الإشتراكي. وزارة الشؤون الإجتماعية، 1978. ص9 – 10.

أهدافها، صحيح أن الرعاية الإجتماعية مجال مفتاح للكثير من الأنشطة والخدمات والبرامج، إلا أن الخدمة الإجتماعية هي المهنة الأساسية التي تلعب الدور القيادى في هذا المجال.

وتأسيسا على ما تقدم، نستطيع القول بأن الرعاية الإجتماعية نظام إجتماعي قديم، أما الخدمة الإجتماعية فهي مهنة إنسانية حديثة لا يرجع ظهورها إلى أبعد من أوائل القرن العشرين. وقد نشأت وتطورت في إطار المجتمع الغربي وخاصة الولايات المتحدة الأمريكية التي إتخذت المنهج العلاجي الفردى في علاج المشكلات الإجتماعية أساسا للعمل الإجتماعي. وإنتشرت بعد ذلك إلى الكثير من دول العالم ومنها الوطن العربي، وقد تأثرت الخدمة الإجتماعية بثقافة تلك المجتمعات ونظمها السياسية و الإقتصادية والإجتماعية. ويمكن تلخيص الإتجاهات الأساسية في تطور الرعاية الإجتماعية وما لعبته من دور في نشأة وتطور الخدمة الإجتماعية وكما يلي:

1- شهدت الرعاية الإجتماعية في تناولها للمشكلات الإجتماعية وإيجاد الحلول اللازمة لها، تحولا من الإجتهادات الفردية إلى الأخذ بالأساليب والمناهج العلمية الحديثة. وهذا التحول ينطبق على الخدمة الإجتماعية في مراحلها التطورية، فالخدمة الإجتماعية كمهنة تعتمد المعارف والمهارات المهنية في مساعدة الناس أفرادا وجماعات ومجتمعات.
2- إنتقل العمل في مجال الرعاية الإجتماعية من التطوع والمبادرات الشخصية للأفراد كالأعمال الخيرية والإنسانية إلى التخصص والعمل المهني في مجالات متنوعة لها برامجها وخدماتها ومؤسساتها العاملة. وهذا التحول يعتمد على الدراسات العلمية النظرية والتطبيقية. وهذا ما ينطبق على الخدمة الإجتماعية في نشوئها وتطورها.
3- تطورت الرعاية الإجتماعية في برامجها وخدماتها من الإعتمادعلى المنظمات الخيرية والنشاط ذات الطابع الأهلي إلى النشاط الرسمي والإعتماد على الدولة

بأجهزتها ومؤسساتها الحديثة. فقد أصبحت الدولة هي المسؤول الأول عن رعاية المواطنين نتيجة للتطورات الإجتماعية الحديثة وتعقد المشكلات وصعوبة التعامل معها بالإعتماد على الجهود الخيرية والأهلية، الأمر الذى تطلب زيادة عدد المؤسسات ومستوى الخدمات التي تقدمها تلك المؤسسات. ومن هنا ظهرت الحاجة إلى جماعة متخصصة في ممارسة العمل الإجتماعي الذى يتطلب إعتماد الأساليب العلمية في التعامل مع الحالات والمشكلات[1].

4- يعتبر ظهور كل من الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية إستجابة لمشكلات إجتماعية وإحتياجات إنسانية قديمة قدم المجتمع الإنساني كمشكلة الفقر والمرض والعجز والشيخوخة والوفاة والإنحرافات السلوكية والجريمة. فهذه المشكلات صاحبت المجتمع الإنساني منذ فجر التاريخ، ودفعت بالمجتمعات إلى الأخذ بالإجراءات اللازمة لمواجهتها وعلاج ما يترتب عليها من آثار.

الخصائص المشتركة للرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية:

ومن الخصائص المشتركة بين الرعاية الإجتماعية كمجال والخدمة الإجتماعية كمهنة ما يلي:

1- تعتبر الرعاية الإجتماعية هدفا يسعى إليه المجتمع لتحقيق رفاهية الأفراد عن طريق تنظيم البرامج وإنشاء المؤسسات وإصدار التشريعات التي تضمن تحقيق مستوى معيشي يليق بكرامة الإنسان. أما الخدمة الإجتماعية فهي منهج يعتمد العلم والمهارة لتحقيق أغراض وأهداف الرعاية الإجتماعية.

---

[1] يونس، الفاروق زكى. الخدمة الإجتماعية والتغير الإجتماعي، القاهرة، عالم الكتب. 1978. ص113 - 116.

2- تساعد الخدمة الإجتماعية كمهنة صانعوا القرارات ذات العلاقة بسياسة الرعاية الإجتماعية، عن طريق تزويدهم بالبيانات والمعلومات التي تسمح لهم بصياغة القرارات بصورة جيدة.

3- تسهم الخدمة الإجتماعية بتحديد إحتياجات الرعاية الإجتماعيـــة وتقـــديرها أو قياسها بناءا على ما يقابلها من خدمات متاحة في المجتمع وإعطـــاء الأولويـــة لبعضها حسب ما تقرره الحاجة. وتقوم الخدمة الإجتماعية أيضا بتغييـــر نظـــم الرعاية الإجتماعية لكى تتلائم مع طبيعة الظروف والمتغيرات التي يمر بهـــا المجتمع عبر مراحل تطوره وتستجيب لإحتياجات ومتطلبات المجتمع.

4- ترتكز كل من الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية على مسلمات منها:
- الإيمان بأهمية الإنسان.
- العلاقة المتبادلة بين كل من الإنسان والجماعة والمجتمع.
- مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات لتحقيق أقصى درجات الإشباع.
- العمل على مواجهة المشكلات التي تظهر لدى الفرد والجماعة والمجتمع وإيجاد الحلول اللازمة لها أو الوقاية منها، وهذا يعني إعتمـــاد المـــنهج العلاجي والوقائي لدى كل من الخدمة والرعاية الإجتماعية[1].

5- تساعد الخدمة الإجتماعية على زيادة فاعلية وكفاءة برامج الرعاية الإجتماعيـــة عن طريق:
- اعتماد التخطيط العلمي كأسلوب في تقديم الخدمات وتحسين نوعيتها.
- دراسة الإحتياجات الفعلية للجماعات وتوفير البرامج اللازمة لإشباعها.
- توفير الخدمات لجميع الأفراد وخاصة المحتاجين لها وتحسين نوعيتهـــا وكميتها[2].

---

[1] حسانين، أبوبكر. مقدمة في الخدمة الإجتماعية. طرابلس، منشورات الجامعة الليبية، 1971. ص194. وكذلك أنظر – السيد محمد، على الدين. مقدمة في الخدمـــة الإجتماعيـــة، ط. 8- القـــاهرة، 1983. ص17-21.

[2] يونس، الفاروق زكى، مصدر سابق – ص363.

وبالرغم من وجود تشابه بين مجالات الرعاية الإجتماعية وتطبيقات الخدمة الإجتماعية، تجد من الضروري التمييز بين المفهومين. فإذا كانت مؤسسة الرعاية الإجتماعية تمثل الإطار العام الذى تمارس فيه مهنة الخدمة الإجتماعية، فإن هذه المهنة تعتبر إحدى أهم الأدوات الرئيسية التي يتم عن طريقها تنفيذ سياسة الرعاية الإجتماعية. ويضم حقل الرعاية الإجتماعية مهنا إنسانية أخرى غير الخدمة الإجتماعية. ومهما كان التشابه بين الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية في كونهما تصفان مجالا متسعا من الخدمات، فإن الخدمة الإجتماعية كمهنة لا يمكن إرجاعها إلى ما قبل القرن التاسع عشر، بينما ترجع الرعاية الإجتماعية إلى أقدم العصور. وهكذا نشأت الخدمة الإجتماعية في أحضان الرعاية الإجتماعية في نهاية القرن التاسع عشر الذى عرف بعصر الأيديولوجيات، بحيث تأثرت تعريفات ومفاهيم الخدمة الإجتماعية بالإختلافات الإيديولوجية حول مفهوم الرعاية الإجتماعية. وهنا لابد من الإشارة بأن أغلب الدراسات التي ترجع نشأة الخدمة الإجتماعية إلى ما قبل القرن التاسع العشر كانت تخلط بين المفهومين.

لقد كانت البدايات الأولى للخدمة الإجتماعية ذات طابع متعلق بمفهوم الرعاية الإستثنائية القائمة على البر والإحسان. وأنبثقت الحاجة فيما بعد الى التدريب من خلال أنشطة ما كان يعرف بجمعيات تنظيم الإحسان التي أسهمت في ظهور النموذج الفردى للخدمة الإجتماعية، والذى يتخذ من الفرد وحدة أساسية للعمل. وقد أسهم هذا النموذج بدور كبير في تطور مهنة الخدمة الإجتماعية وقيامها على التخصص الدقيق. وقد عارضت هذا النموذج حركة المحلات الإجتماعية التي أسهمت في تطوير النموذج المجتمعي للخدمة الإجتماعية والذى يتخذ من المجتمع وحدة أساسية لعمله. وهكذا كان النموذج الفردى إستجابة للأيديويوجية الرأسمالية، بينما كان النموذج المجتمعي إستجابة للأيديولوجية الإشتراكية. وقد بدأت هذه التجارب والنماذج تتطور في بريطانيا ثم إنتقلت إلى الولايات المتحدة الأمريكية التي إتخذت النموذج الفردى كأساس للتعامل مع المشكلات الإجتماعية. بينما أخذت

بريطانيا النموذج المجتمعي بمساعدة الأحزاب العمالية والحركات الإصلاحية والإشتراكية وخاصة في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية.

وهكذا أيضا تأثرت الخدمة افجتماعية في الوطن العربي في نشوئها وتطورها بهذين النموذجين، مع غلبة النموذج الأمريكي في حقل تعليم الخدمة الإجتماعية وخاصة في المؤسسات التعليمية المصرية التي كان لها تأثير واضح على مؤسسات تعليم الخدمة الإجتماعية في بقية القطار العربية بشكل عام والأقطار الخليجية بشكل خاص[1]. ويتضح التركيز على النموذج الفردى من خلال التعريفات السائدة للخدمة الإجتماعية ومنها على سبيل المثال تعريف هربرت بسنو الذى يرى بأن الخدمة الإجتماعية " تعني بتوفير الخدمات الموجهة لمساعدة الأفراد، إما بمفردهم أو في جماعات، للتغلب على العوائق الإجتماعية والنفسية الحالية والمستقبلية التي تعوق أو يحتمل أن تعوق مساهمتهم الكاملة والفعالة في المجتمع"[2]. وهذا التعريف يعكس الهدف من الخدمة الإجتماعية والمتمثل في إحداث التوازن من خلال مناهجها المتمثلة بخدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع. ولا يعني هذا التعريف إحداث التغير الإجتماعي، لأن ذلك وإن كان يعني التغيير على المستويات المحليةوبما لا يمكنه الوصول الى البنية الإجتماعية، فقد واجه معارضة شديدة في الولايات المتحدة الأمريكية. وهكذا تأثر تعليم الخدمة الإجتماعية في الوطن العربي، بحيث ظل الهدف منها إحداث الإستقرار والتوازن وتنفيذ السياسات الإجتماعية الحكومية دون إحداث تغيير في البنية الإجتماعية. وهذا مادفع البعض إلى معارضة النموذج الأمريكي والدعوة إلى تبني نموذج جديد أكثر ملائمة للواقع العربي. ولكن لم تجد مثل هذه الدعوات أى صدى الأمر الذى جعل الأقطار العربية عرضة لشتى

---

[1] أعجوبة، مختار _ إيديولوجية الرعاية الإجتماعية أو غياب الحوار المجدى في الوطن العربي، مجلة العلوم الإجتماعية، مجلد16 – ع. الكويت، 1988. ص45– 46.

[2] B isno , Herbet, The philosophiy of social work. (Washington D.C. public Affairs Press). 1952.p. 1.

المذاهب والإتجاهات الفكرية والتجارب الفردية التي حفلت بها الكثير من الممارسات وأدبيات الخدمة الإجتماعية والرعاية الإجتماعية في الوطن العربي.

أخيرا، إذا كانت الخدمة الإجتماعية قد نشأت من خلال التطورات التي مرت بها الرعاية الإجتماعية، وإتجهت نحو الأخذ بالأساليب والمناهج العلمية في علاج المشكلات الإجتماعية كما هو الحال بالنسبة للرعاية الإجتماعية، فهذا لا يعني بأى حال من الأحوال سلامة إستخدام المفهومين كمصطلحين متلازمين مترادفين كما هو شائع اليوم في الكثير من الكتب والمناهج الدراسية.

الفصل الثاني

الرعاية الاجتماعية

في الغرب

ويتكون من:

1. التطور التاريخى للرعاية الإجتماعية فى الغرب.
2. الرعاية الإجتماعية في أنجلترا.
3. الرعاية الإجتماعية في فرنسا.
4. الرعاية الإجتماعية في ألمانيا.
5. الرعاية الإجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية.
6. الرعاية الإجتماعية في الإتحاد السوفييتي سابقا.

الفصل الثاني

الرعاية الاجتماعية في الغرب

التطور التاريخي للرعاية الإجتماعية في الغرب:

لعبت الديانة اليهودية والمسيحية دورا كبيرا في الرعاية الإجتماعية في المجتمعات الغربية، فكلاهما أكد على أهمية الأعمال الخيرية وأعمال البر والإحسان في مساعدة المحتاجين. وقد كانت مثل هذه الأعمال في المرحلة السابقة للإصلاح الديني تتضمن الرعاية المجتمعية التي تستهدف إنقاذ الفقراء والمحتاجين من الموت والهلاك الذى ينتظرهم. وهناك أربع خصائص أساسية تميز الرعاية في تلك المرحلة: إنها تستهدف تقديم المساعدة اللازمة للفئات المعرضة للهلاك والموت، إنها رعاية مجتمعية يشترك فيها جميع الأفراد بدافع حب الغير وتقديم المساعدة، ذات طابع ديني وأخيرا فإنها تمثل العمل الطوعي. وهذه الرعاية لم تكن مستقرة، وإنما شهدت الكثير من التغيرات الظاهرية في القيم وفي دور ومسؤولية الحكومات. وهذه الأعمال الخيرية لم تكن كما يعتقد البعض من مسؤولية الحكومات أو التنظيمات الرسمية، وإنما كانت إمتدادا لأعمال البر والإحسان التي مارستها الجماعات والتي تمثل الشكل المبكر لما يشبه التنظيم العام أو الديمقراطي في تلك المجتمعات[1].

ولا شك فإن هناك صعوبة بالغة في تحديد الدوافع الحقيقية وراء إنشاء الكثير من المستشفيات والتنظيمات الأخرى المخصصة لتقديم المساعدة للفقراء والمحتاجين في تلك المرحلة، إلا أن الدوافع الدينية والخيرية كانت من الأمور البالغة الأهمية. ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى وراء ما تم تحقيقه فعلا لصالح الفقراء

---

[1] Thorndike , Lynn , " The historal Background" in Intelligent philanthropy , farries , E. et al. eds (Chicago , University of Chicago Press)1931. p. 38.

والمرضى، ومنها على سبيل المؤثال تحقيق المصلحة العامة لتلك المجتمعات كما في عملية عزل المصابين بالجذام والأمراض المعدية عن الفقراء والمرضى العاديين. وقد كانت البيوت المخصصة للمصابين بمرض الجذام من أكثر المؤسسات الخاصة بالرعاية المجتمعية إنتشارا في أوروبا. ويقدر عددها بحوالى 19000دار خلال القرن الثالث عشر، الأمر الذى دفع الحكومات والتنظيمات المعنية على المستوى المحلي إلى إعطاء أولوية لمثل هذه الفئات وتقديم المساعدة والدعم اللازم[1]. إن الكثير من المستشفيات القائمة في الوقت الحاضر في إنجلترا وفرنسا يرجع تاريخها إلى تلك المرحلة وإلى ذلك النوع من المؤسسات.

ومع تزايد نفوذ الكنيسة وإنتشار الدين المسيحي في معظم أنحاء أوروبا، بدأ الدافع الديني يحل محل الدوافع الغيرية (حب الغير) في مساعدة المحتاجين. وأصبح الدافع الديني من أقوى الدوافع في عمل الخير وتقديم الإحسان. وبهذا فقد ظهر عامل جديد في مجال الرعاية الإجتماعية يحث عليها ويقوى من الرغبة في تقديمها إلا وهو كسب رضاء الله في الدنيا، ونيل الثواب في الآخرة. وأصبحت مساعدة الفقراء والمحتاجين واجبا دينيا في كل من اليهودية والمسيحية. وقد تبنت الكنيسة هذا الواجب بإعتباره القوة الروحية للمؤسسة الدينية في المجتمع، وأقبل عليه الخيرون من الناس تقربا الى الله، ووجد فيه الفقراء منقذا للتخفيف من البؤس والشقاء الذى يعانون منه. وهكذا إحتلت الكنيسة في العصور الوسطى مكان الصدارة في مجال الرعاية الإجتماعية في أوروبا، وتولت مسؤوليتها في رعاية الفقراء تحقيقا للتعاليم المسيحية. وهناك حسب الدين المسيحي سبعة أصناف من أعمال الرحمة يفترض أن يقوم بها كل مسيحي وهي:

---

(1) Ibid. p. 38.

(إطعام الجائع، إرواء العطشان، إكساء العريان، تحرير الأسير، إيواء المشرد، زيارة المريض، ودفن الميت)[1].

ولم تحدد الفلسفة المسيحية الصيغة أو الظروف التي ينبغي من خلالها القيام بهذه الأعمال، إلا أنها أكدت على المحتوى العام الذى يتضمن كل أنواع المساعدات التي يتم تقديمها تحت مفهوم البر والإحسان أو الأعمال الخيرية.

ورغم أن المبادىء اليهودية كانت أكثر دقة في تحديد شكل أو نوع العمل، إلا أنها كانت أكثر غموضا في تحديدها للمجال الذى يقدم فيه العمل الخيرى. وهناك كما يشير الكثير من الكتاب ثمانية أصناف من الأعمال الخيرية التي تميز الإدارة اليهودية في كل زمان ومكان وكما يلي:

1- الصدقة التي تهدف إلى مساعدة الفقراء والمحتاجين عن طريق تقديم المساعدات المالية أو مساعدتهم على تحسين ظروفهم وأحوالهم.
2- الصدقة التي يكون المستفيد منها معروفا من قبل المحسن وحاجته اليها.
3- الصدقة التي تقدم بكل سرية، عن طريق وضع المساعدة المالية عند بيوت الفقراء الذين لا يعرفون المتصدق.
4- الصدقة التي تعطى بدون معرفة المستفيد، ويبقى المحسن غير معروف من قبل المستفيد.
5- الصدقة التي تعطى قبل السؤال عنها أو المطالبة بها.
6- الصدقة التي تعطى بعد السؤال عنها.
7- الصدقة التي تعطى بشكل غير كاف ولكن عن طيب خاطر.
8- الصدقة التي تعطى عن طيب خاطر[2].

---

[1] Mathews , Shailer , " the Protestant churches and charities , " in farries E. et. al. eds. op. cit. p. 115.

[2] Henderson , C.R , Modern Methods of Charity , (N . Y, Macmillan) 1904. p. 657.

وقد أولت الأديان الأخرى إهتماما ملحوظا بالأعمال الخيرية. فقد أكدت البوذية على أهمية الصدقات التي تقدم بشكل كاف وعن طيب خاطر. وقد أعتبرت الزكاة في الإسلام أحد الأركان الخمسة، وهي لا تدخل في أعمال الإحسان بحسب التشريع الإسلامي وإنما هي ضريبة إجتماعية كما سنرى لاحقا.

ومن الخصائص الأخرى المميزة للأعمال الخيرية في مرحلة العصور الوسطى، هو أن المساعدة المقدمة للفقراء أو المرضى لم تكن كافية، كما أنها لم تتجاوز حدودها الدنيا والمتمثلة بالحفاظ على حياة الفقراء من الموت بسبب الجوع أو التعب أو الظروف الصعبة. والفقراء آنذاك ليس لهم الحق في تحديد نوع المساعدة التي يحتاجونها.

ويعتقد (Deswaan) بأن الأعمال الخيرية في نهاية العصور الوسطى كانت تمثل نظما غير مستقرة للرعاية الجماعية التي تطورت من الإقتصاد الزراعي ومن المجتمعات القروية في أوروبا خلال الفترة التي حدثت فيها الهجرات الكبيرة[1]. وهكذا فإن أعدادا كبيرة من هذه المجتمعات كانت تقدم الرعاية اللازمة للفقراء طوعيا بالإعتماد على الفائض الإقتصادى ولأسباب تتعلق بتوفير الأمن والحماية الجماعية والحفاظ على إحتياطي قوة العمل. وقد كان الفقر وأثاره الإجتماعية بمثابة القضية المركزية وراء إنشاء المؤسسة العامة في تلك المجتمعات، والتي مارس فيها الأهالي دورا مهما في مجال الرعاية على أساس المصالح المشتركة.

وقد كانت مثل هذه الإجراءات معرضة لمختلف الهزات والأحداث غير المتوقعة مثل كساد المحاصيل الزراعية، الأوبئة والحروب، والتي أدت إلى هجرة أعداد كبيرة من الفقراء[2]. وقد إزدادت هذه الهجرة خلال القرنين السادس عشر

---

(1) De Swann , Abram , op. cit.

(2) Oxley , Geoffrey w. poor relief in England and Wales , 1601 - 1834 , Newton Abbot , David and Charles , 1974.

والسابع عشر تحت ضغط العوامل الإقتصادية والنمو السكاني، مما أثر بالتالي على طبيعة عمل المؤسسات الخيرية المحلية وتصدع النظام العام للمساعدات وبالتالي نشوب حالة من الفوضى وسوء التنظيم[1]. وقد إستخدم (Deswaan) هذا المدخل كإطار عام لتوضيح أسباب ظهور مختلف البرامج والأنظمة القومية الخاصة بالرعاية الإجتماعية لضمان توفير مستوى معيشي معين على المستوى المحلي، عن طريق فرض ضرائب إجبارية لمساعدة الفقراء كما هو الحال في إنكلترا، أو عن طريق إنشاء المؤسسات الخاصة بإيواء الفقراء كما هو الحال في فرنسا. وبهذه العملية، بدأت السلطات المحلية بالظهور لتنظيم حياة الناس والمباشرة بممارسة دورها في توفير العيش للفقراء والعجزة والمرضى و...إلخ. ومن هنا كانت البداية الفعلية لتدخل الدولة في مجال الرعاية الإجتماعية.

ويعتبر القانون الذى أصدره البرلمان الإنكليزى عام 1536 لتنظيم مساعدات الفقراء، بمثابة الخطوة الأولى التي إتخذتها الحكومة في هذا الشأن. ويقضي هذا القانون بتكليف رجال الدين في المدن والقرى بتحديد حاجات المسنين والفقراء والعاجزين وجمع التبرعات الإختيارية وتوزيعها عليهم. أما بالنسبة للقادرين على العمل فينص القانون على ضرورة توفير عمل يومي لهم حتى يتمكنوا من الإعتماد على أنفسهم. ورغم أن هذا القانون قد فرض عقوبات صارمة على المتسولين، إلا إنه يعتبر بداية الإعتراف بالمسؤولية الحكومية تجاه الفقراء. وفي عام 1562 صدر قانون خاص بالصناع يهدف إلى تنظيم الأجور وتحديد ساعات العمل. كما نص على تشغيل المتسولين والمشردين وإيجاد الأعمال الشاقة لهم. ولكن وبعد تزايد عدد الفقراء وفشل هذا القانون في إيجاد حل لمشكلة الفقراء، إتخذ البرلمان الإنجليزى خطوة أخرى تتمثل في قانون 1563 لتمويل مساعدة الفقراء عن طريق إجبار رب الأسرة بدفع إشتراكات أسبوعية تحدد حسب دخله وممتلكاته. وفي عام 1572أصدر

---

[1] De Swaan , op cit . pp .37 - 41.

البرلمان الإنكليزى قانونا جديدا أكد بموجبه مسؤولية الحكومة في مساعدة الفقراء وخاصة العاجزين عن إعالة أنفسهم. ويعتمد هذا القانون على جمع الضرائب لتمويل مشاريع مساعدة الفقراء. وتم في مرحلة لاحقة إنشاء بيوت خاصة بالإصلاح ليأوى أليها المحتاجون وكان ذلك عام 1576. وهكذا توالت التشريعات والقوانين التي تؤكد مسؤولية الحكومة في مساعدة الفقراء خلال القرن السادس عشر وكان آخرها قانون 1597 الذى أكد مسؤولية الأفراد عن أقاربهم، وتتحدد هذه المسؤولية بالعلاقات المباشرة بين الآباء والأبناء في مساعدة بعضهم البعض. كما نظم القانون المساعدات والإشراف على شؤون الفقراء. وقد كان للتشريعات الإنكليزية في مرحلة القرن السادس عشر تأثيرا كبيرا على القوانين الصادرة في جميع أنحاء أوروبا والهادفة إلى تنظيم وتنسيق الجهود الخاصة بمساعدة الفقراء. وتعتبر هذه التشريعات وظهور المسؤولية الحكومية وإتساع مجال الخدمات الإجتماعية بمثابة إستجابة عملية للمشكلات التي شهدتها المجتمعات الأوروبية وتزايد الوعي القومي بضرورة إيجاد الحلول اللازمة لها[1].

وخلال المرحلة اللاحقة للعصور الوسطى سيطرت على أوروبا القيم التجارية والميل نحو الفقر وكانت القيم والمبادىء التجارية من أبرز ما يميز السياسات الإقتصادية خلال فترة القرن السابع عشر والثامن عشر. ومن الأهداف الرئيسية لهذه السياسات تعزيز الإستقلال السياسي والإقتصادى للدولة وليس النهوض بالرعاية الإجتماعية للمواطنين[2]. لذا فقد أيد التجار الإجراءات القمعية والقسرية بحق الفقراء للسيطرة على القوى العاملة وبالتالي تحقيق المصلحة القومية وضمان نجاح السياسات التجارية. وكانت نظرة التجار إلى الفقراء نظرة إحتقار لأنهم أى الفقراء يمثلون الطبقات الدنيا في المجتمع، وتتميز بجهلها وميلها إلى الرذيلة، كما

---

(1) Bruce , M, The rise of welfare state , London, Weidenfield and Nicholson , 1973.

(2) Pinker , R , S ,The Idea of welfare , London , Heinemsnn , 1979. p . 75.

أن الفقراء مذنبون بتفضيلهم الكسل والفقر الذى هو أم الرذائل[1]. وعليه فإن الطريقة الوحيدة لحمايتهم من هذه الرذائل وضمان حقوقهم هو تشغيلهم بأجور متدنية. ولم ينظر إلى الفقر في هذه المـرحلة كمشـكلة إجتماعيـــة، ولكن على العكس، يشار إليه، كمـا يقول (Furness) بمبدأ "المنفعة والإستفادة من الفقر"، ولهذا أعتبر الفقراء بمثابة الرصيد الوطني والقومي لتحقيق المنفعة العامة طالما هم منتجون[2]. ولاشك فإن مثل هذه الآراء التي كانت تعبير لما يسمى بالتوازن الطبيعي، قد لاقت تأييدا كبيرا، فالطبيعة تعرف كيف تتصرف وتحدث التوازن. وتركيز الثروة في يد القلة يعتبر توازنا طبيعيا، وإلا فمن يقوم بالأعمال الشاقة التي لا غنى عنها للبقاء الإنساني. والفقر حسب الأراء يتوقف عليه إعمار الكون كما أن الغني يعمر الكون لأن الأثرياء هم الذين يقيمون المصانع والمعامل والمشاريع الكبرى. وبناءا على هذا الرأي لا ينبغي للدولة أن تتدخل في الأوضاع الإجتماعية السائدة. فالفقر أمر طبيعي وضروري، وليترك كما هو ولا نحاول التصدي له أو محاربته. وهكذا عارض مالثوس بشدة قوانين الفقراء لأنها تدفعهم إلى الإكثار من إنجاب الأطفال كي ترتفع الإعانة التي يحصلون عليها، ومن ثم يزداد عدد السكان ويقترب خطر المجاعة.

وقد أثارت مثل هذه السياسات التجارية وما رافقها من تزايد للفقراء والعاطلين عن العمل، إنتقادات الكثير من الكتاب أمثال شبنجلر الذى قال "بأن الإنسان يعيش فقط ليعمل وينتج لصالح الدولة"[3]. وقد كانت البطالة وحق الإنسان في العمل والحصول على المساعدة اللازمة من أبرز القضايا التي كانت سائدة

---

[1] Rimlinger, Gaston V. Welfare Policy and Industrialization in Europe , America and Russia , op. cit , p. 1.

[2] Furness , E. S. " The position of Labour in a system of nationalism " , in Rimlinger , Ibid , p. 14.

[3] Spengler ,Joseph. j , "French Predecessors of Malthus " , in Rimlinger , Ibid , p 14.

آنذاك. وكانت مسؤولية الطبقات الحاكمة تتمثل في معاقبة العاطلين عن العمل ومحاربة الصفات غير المرغوب فيها لدى الفقراء، والعمل على إصلاح الفرد والشخصية عن طريق العمل. ولهذا كان التأكيد على ربط المساعدة بالعمل من أبرز الخصائص المميزة لقانون الفقراء الإليزابيثي عام 1601، والذى أعتبر نقطة تحول بارزة في تاريخ تطور الرعاية الإجتماعية في الغرب، مهد الطريق لقوانين أخرى وأعتبر الهيكل الأساسي للسياسة الإجتماعية في إنكلترا حتى مطلع القرن التاسع عشر. وقد أدت الإنتقادات الموجهة لقوانين الفقراء وتأثيرها على معنوياتهم ودوافعهم للعمل، إلى مجموعة من الإصلاحات بلغت ذروتها في قانون عام 1723 الذي أكد على رفض المساعدات الخارجية (من خارج المؤسسة) وإرسال المتقدمين لطلب المساعدة إلى بيوت العمل.

ويرى (Deswann) بأن الرعاية المؤسسية الواسعة النطاق كانت إستجابة لإنتشار ظاهرة الفقر في البلدان الأوروبية، ما دفع المدن الكبيرة في بداية الأمر إلى إتخاذ الإجراءات اللازمة لعلاج هذه المشكلة عن طريق السياسات الإجتماعية والتي سوف يؤثر نجاحها ليمتد إلى بقية المدن الصغيرة والمناطق المجاورة داخل تلك البلدان[1]. وبيوت العمل كتلك التي أنشئت في مدينة أكستر (Exeter) وبرستول(Bristol) في إنكلترا عام 1690[2]. والتي تعتبر إجراءا عمليا لتنفيذ تلك السياسات، قد مكنت تلك المدن من إدخال الكثير من الفقراء إلى تلك البيوت لغرض تدريبهم وتعليمهم ثم الإقتصاد في النفقات وتنظيم سوق العمل. وقد كانت بيوت العمل وبقية الحلول المؤسسية الهادفة لتنظيم شؤون المساعدات من الأمور المهمة جدا في توفير العمل اللازم للفقراء أو على الأقل الإدخار في النفقات والمحافظة على النظام. وبهذه الطريقة إستطاعت المجتمعات الصغيرة والمحلية من إعادة تنظيم نفسها وتوفير الخدمات ذات الطابع الجماعي[3].

---

[1] De Swann , op , - cit. pp 41 - 46.

[2] Oxley , op - cit.p. 81.

[3] De Swann , op - cit. p 46 - 57.

ولكن على الصعيد العملي، فإن بيوت العمل كوسائل لتشغيل الفقراء القادرين على العمل كانت أقل نجاحا مما كان متوقع، لأنها أصبحت بمثابة ملاجيء عامة لمختلف الجماعات كالمطلقات والأرامل والأطفال والمرضى والمعاقين والمسنين إضافة إلى العاجزين عن العمل[1]. ويعتبر الإهتمام بتطوير المؤسسات في مرحلة القرن الثامن عشر بمثابة البداية الحقيقية لتغلغل مؤسسات وأجهزة الدولة في المجتمع، وذلك من خلال الدور المتزايد للدولة في مجال العمل الإجتماعي وإعتماد السياسات الإجتماعية، وليس كما كان يتم في السابق بإعتماد النظريات والسياسات التجارية والنفعية. فمستوى بيوت العمل كما يقول البعض كان أقرب إلى الفوضى وسوء التنظيم من أى شيء آخر[2]. وإن كل ما أحدثته تلك البيوت كان نوعا من التعاون الذى لم يتحقق[3].

ومن هنا، فهذه الحركة أو الخطوة التي كان يراد بها تنظيم المساعدات والنفقات على الفقراء، قد أدت إلى إتساع مجال المسؤولية الجماعية في المدن والقرى وفي جميع البلدان الأوروبية.وهناك الكثير من التجارب والفلسفات التي أسفرت عن نتائج مماثلة للتجربة الإنكليزية. ففي فرنسا مثلا، أنشئت الكثير من المستشفيات العامة في المدن الرئيسية كباريس، وهناك أيضا ما يسمى بالمستودعات التي وجدت كمؤسسات عقابية. ففي الوقت التي يتم فيه حجز الأطفال والمرضى والمسنين داخل المستشفيات، فإن المستودعات تتضمن جميع الفئات السكانية رجالا ونساءا، كبارا وصغارا، والعامل بدون عمل، والمتسول، والمريض، والسليم، والبريء، والمجرم، وبمعنى آخر جميع الفئات التي تحتويها بيوت العمل الإنكليزية[4].إن الكثير من هذه الملامح والمظاهر الخاصة بالحجز أو السجن قد

---

(1) Oxley , op - cit. chpt.5.

(2) De Swann , op - cit.p.47.

(3) Ibid .p. 51.

(4) Rimlinger , op - cit.p.27.

وجدت في أوروبـــا خــلال القرن الثامن عشــر، ويعلــق على ذلك ميشال فوكو (Faucault) في كتابه **الجنون والمدنية** بقوله "وجود الشخص العاطل عن العمل في مثل هذه المؤسسات يكلفه حريته الفردية، فهناك نوع من الإلتزام القائم بين الفرد والمجتمع، للفرد بموجبه الحق في العيش، ولكن عليه أن يتقبل ما يترتب على وجوده في هذه المؤسسات من تقييد مادي ومعنوي"[1] وهكذا فقضية الحجز على الفقراء والمهمشين إجتماعيا وسياسيا تظل لعبة السلطة وهي المتحكمة فيها، وفي هذا السياق فقد تم إعتقال المجانين وغيرهم من الفقراء وباقي المرضى في سجون خارج المدينة. وقد أعتبر فوكو بأن تلك المؤسسات الإجتماعية والعلاجية، ما هي في الحقيقة إلا معتقلات سياسية تختفي أهدافها الحقيقية، وتعمل على قتل الروح الإنسانية في الإنسان وتجعله يعمل لصالح السلطة فقط التي تخنق طموحاته نحو الإنطلاق والحرية وتحقيق الذات.

والواقع، فإن الإنتقادات لم توجه إلى طبيعة الحجز أو الحبس في مثل هذه المؤسسات فحسب، وإنما إلى جميع الأجهزة والهياكل التنظيمية الدينية والخيرية والتي كانت تدعم أنشطة الرعاية الإجتماعية وتساندها. فالثورة الفرنسية على سبيل المثال قد ألغت ما يسمى بضريبة العشر وضريبة النظام الإقطاعي. الأمر الذى أدى إلى حرمان المستشفيات من ثلث مواردها، وبالتالي نقص الأدوية والمستلزمات الطبية التي تمول من قبل الملك. وأعتبرت جميع المؤسسات الخيرية غير ملائمة وغير كفوءة، كما أعتبر هذا النوع من أنشطة الرعاية الإجتماعية ملغيا ولا يصح إستخدامه بعد. ولهذا فقد شكلت لجنة خاصة بالإصلاح استطاعت أن تقدم من خلال ستة تقارير بعض المقترحات، كان أهمها إلغاء جميع المؤسسات الخيرية والخاصة وإستبدالها بوكالة قومية جديدة، ولكن لسوء الحظ لم تتمكن الجمعية الفرنسية من الحصول على الضرائب الخاصة لتمويل هذا النشاط، وبذلك فإن الطريقة الوحيدة

---

[1] Foucault , Michel , Madness and Civilization:A History of Insanity In The Age of Reason , (N , Y , Pantheon Books)1965 , P.48.

المتبقية أمام تلك اللجنة هي إتباع الأسلوب القمعي ومصادرة الممتلكات الخاصة بالمؤسسات الخيرية[1].

وقد تم في إنكلترا عام 1820 مراجعة الكثير من الإجراءات التي كانت تتبعها الحكومات المحلية، نتيجة لزيادة معدلات الإنفاق الإجتماعي والمساعدات المقدمة للفقراء. وهناك مبدأين أساسين إتبعتهما الحكومة في تنظيم النفقات والمساعدات العامة وهما الإقتصاد في النفقات والتنظيم العقلاني لأوجه ومجالات الإنفاق. وكانت الأداة المستخدمة لتنفيذ هذين المبدأين هي المؤسسة نفسها، عن طريق تنظيم الفقراء والعاملين في تلك المؤسسات على حد سواء. ولهذا كانت الخاصية المميزة في قانون الفقراء عام 1834 هي الردع والتشدد في منح الإعانات. فمبدأ (الأقل إستحقاقا) قد حدد مستوى ونوع المساعدة المقدمة للفقير والتي لا بد وأن تكون أقل من مستوى أقل العمال أجرا في المجتمع، وبمعنى آخر فإن المساعدة لا ينبغي أن تتجاوز الحد الأدنى لمستوى المعيشة. أما بالنسبة للفقراء القادرين على العمل فإن تقديم المساعدة يتوقف على دخولهم النظام الصارم لبيوت العمل. وبالرغم من الإنتقادات الشديدة الموجهة لهذا المبدأ، من قبل الكتاب أمثال ديكنز فإن أحكامه قد إستمرت حتى القرن العشرين.

وهناك ثلاثة إتجاهات للتغير الإقتصادى والإجتماعي والسياسي تتحدد بموجبها مكانة الفقراء في المجتمعات الغربية، إبتداءا من الجزء الأخير للقرن الثامن عشر ومن أبرزها:

1- الثورة الصناعية.

2- الليبرالية الإقتصادية (الحرية الإقتصادية).

3- الدارونية الإجتماعية.

---

[1] Thorndike , Lynn, op. cit. p. 49.

الاتجاه الأول:

ينطبق مفهوم الثورة الصناعية على الفترة الممتدة بين عامين 1750-1825. وخلال تلك الفترة أدى الإستخدام السريع للمبادىء الميكانيكية والقوة البخارية في الإنتاج إلى تغير واضح في معدلات النمو وبنية الإقتصاد البريطاني[1]. التصنيع في البلدان الأخرى وخاصة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، أتخذ نفس النمط البريطاني بعد نهاية القرن التاسع عشر. وصاحب الثورة الصناعية ظهور طبقة كبيرة من رجال الأعمال والصناعيين وحلت محل الطبقة الأرستقراطية الزراعية القديمة. إلى جانب الزيادة الكبيرة في إعداد الطبقة العاملة نفسها، والتي شهدت أقسى دروب الإحتكار والإستغلال نتيجة الهجرة من الريف إلى المدينة.

إن ظروف العمل الصعبة في المعامل والمناجم، وظروف الإسكان غير الصحية إلى جانب الظروف المعيشية الأخرى المرتبطة بتدني الأجور قد اسهمت في إنتشار الأمراض المهنية والإعاقة والفقر والحرمان وما إلى ذلك من سوء الأحوال الصحية.

وكانت الثورة الصناعية في الواقع نقطة تحول بارزة في تاريخ البشرية، أثرت ليس فقط في أسلوب الإنتاج أو الإنتقال به من العمل اليدوى إلى العمل الآلي، وإنما أثرت على مختلف جوانب الحياة في المجتمع بكل فئاته وطبقاته. كما إستطاعت الثورة الصناعية أن تحقق درجات عالية من التخصص وتقسيم العمل، وأن تقضي على العزلة التي عاشتها المجتمعات وأن تتجه بها نحو الإقتصاد العالمي والأسواق العالمية. ومن آثارها أيضا إنتهاء الصورة التقليدية للمجتمع الإقطاعي وخاصة بالنسبة للتقسيم الطبقي. وأصبح المجتمع الجديد يتكون من أفراد يتمتعون بالحرية والمساواة، وصار إقتصاد المجتمع يخضع لعوامل السوق وقوانينه. وكل

---

(1) Hughes , J. R. T . Industrialization " in Encyclopedia of The Social Sciences , Vol. 7. 8 (N. Y. Macmillan Co. and Free Press) 1968 , p 25 3.

هذه الإتجاهات نبهت بأهمية صياغة مذاهب فلسفية تتفق والتطور الجديد الذى يمر به المجتمع.

لقد شكلت الثورة الصناعية تحديا ورد فعل عنيف على قوانين الفقراء وما لها من آثار نالت إهتمام قادة الفكر الإقتصادى ومن بينهم آدم سميث وذلك لتحديد حركة وحرية دورة العمل(1). وعموما فإن أكبر التحديات التي أثارتها الثورة الصناعية من جانب مدرسة الحرية الإقتصادية على قوانين الفقراء هي الأعباء المترتبة على المساعدات المقدمة للفقراء في أواخر القرن الثامن عشر ومطلع القرن التاسع عشر، والمرتبطة بتزايد معدلات النمو السكاني والتي تعزى إلى تلك القوانين والمساعدات الخاصة بالفقراء(2). وهناك الكثير من ردود الفعل الأخرى التي أثارها تطبيق قوانين الفقراء، يأتي في مقدمتها مالثوس الذى عارض المساعدات المقدمة للفقراء وهاجم قوانين الفقراء بإعتبارها تقضي على المبادرات التي ينبغي أن يقوم بها الفقراء، وتحط من معنى الحرية الفردية وروح الإستقلال لدى الفرد . وقد ربط مالثوس أيضا هذه القوانين بالزيادة السكانية وأثر ذلك على تدني مستوى المعيشة.

الاتجاه الثاني:

يتمثل الإتجاه الثاني في التغير الذى طرأ على مكانة الفقراء في المجتمعات الغربية خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر بظهور المبدأ الليبرالي الذى نما في عصر النهضة والإصلاح. وقد حظى هذا المبدأ إضافة إلى المبدأ الفردى بإهتمام الكتاب والمفكرين أمثال لوك، فولتير، روسو، آدم سميث وآخرين. فقد كان الإهتمام في بداية الأمر يركز على الحريات الدينية والتسامح والحقوق السياسية والدستورية بإعتبارهما مذهبا وبرنامجا سياسيا. وقد تطورت مثل هذه المبادىء والمفاهيم في إنجلترا بين الثورة العظمى عام 1688 وقانون الإصلاح عام 1867

---

(1) Smith. Adam , " The Wealth of Nations " , in Rimlinger , op. cit. p. 36.

(2) Rimlinger , op , cit , pp. 37 - 38.

ومن بين أبرز الأهداف والمبادىء السياسية التي تطورت خلال تلك الفترة هي حكم القانون، حقوق المعارضة وحرية التعبير والصحافة. وجميع هذه المبادىء قد تم توحيدها في إعلان إستقلال الولايات المتحدة الأمريكية، بحيث وجدت الحرية الدستورية أرضية خصبة لها. ويقول آدم سميث بأن الحرية الإقتصادية قد بنيت على مبدأ الإقتصاد الحر، الذى ينادي بالتعاقد الحر والتنظيم الذاتي للسوق غير المقيد بالإحتكار والتدخل السياسي[1]. ومن الملاحظ فإن قوة الدولة أو السلطة التقليدية قد أعاقت تطور الحرية في اوروبا.وتظهر العلاقة بين مبدأ الحرية وقوانين الفقراء في ما أحرزته الحريات المدنية من تقدم في القوانين المدنية (ترتبط الحرية بالعمل المتواصل للتحرر من جميع القيود والإستغلال بدل من الإذعان والخوف من المجاعة)[2]. ولهذه المبادىء والبرامج المتعلقة بمفهوم الحرية تأثيران أساسيان على مكانة الفقراء في المجتمع وهما:

1- معارضة تدخل الدولة في عمليات السوق بإعتبار أن هناك قوانين طبيعية تحكم السوق. وهذه الحالة أدت إلى تقليص دور الحكومة في تعاملها مع البرامج الإقتصادية والإجتماعية. فبإستثناء بعض الأنشطة الخيرية المحدودة، فإن السوق والعائلة قد أصبحا المؤسستين الأساسيتين لإشباع حاجات المواطنين[3]، رغم أن هاتين القناتين لم تثبت كفاءتهما في أي من المجتمعات الأوروبية.
2- ويتمثل الإتجاه الثاني في التأثير على مكانة الفقراء في إعتناق المذهب الفردى، الذى أدى في النهاية إلى تأكيد أهمية الحقوق السياسية من قبل جميع الليبراليين وقد أعطى هذا المبدأ حق التصويت للفقراء والذى أصبح في نهاية الأمر من

---

(1) Smith , David G. , " Liberalism " in Encyclopedia of the Social Sciences Vol. 9 - 10 , op - cit. p 278.

(2) Rimlinger , op - cit.p. 39.

(3) Wilensky , Harold L. and Lebeaux Charles N . "Conceptions of Social Welfare "in Social Welfare Institutions , Mayer , N. Zald , ed. (N. Y. John Wiley and Sons) 1965 , pp. 11 - 12.

المصادر المهمة للتأثر على دور الحكومة وسياساتها بخصوص كيفية التعامل مع المشكلات الإجتماعية.

وخلاصة القول، فالحرية الإقتصادية تعبير عن القواعد التي يجب أن تتبع لتحقيق الثروة للدولة، والثروة لا تتحقق إلا بزيادة الإنتاج، كما أن تنمية الثروة وبالتالي تحقيق السعادة الإنسانية تعتبر رهنا بضمان حرية الصناعة والتجارة، أى منح المزيد من الحريات في عمليات البيع والشراء. وينادي أنصار هذا المذهب بتحديد نشاط الدولة في مجالات ثلاثة وهي حماية المواطنين ضد العدوان الخارجي، وتطبيق القانون وتحقيق العدالة بين المواطنين وإنشاء المرافق العامة وصيانتها وأخيرا الإشراف على التعليم.

الإتجاه الثالث:

ويمثل الفكر التطورى الذى برز خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر وإستمر حتى القرن العشرين، وكان أيضا له تأثيرات بالغة على مكانة الفقراء في المجتمع. فظهور ما يسمى بالداروينية الإجتماعية التي تزعمها هربرت سبنسر (Herbert Spencer) ووليام كراهام سامنر (William Graham Sumner) كان لها تأثير كبير على القيم والإتجاهات السائدة في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من إنجلترا والقارة الأوروبية. ومن الأمور الأساسية التي جاءت بها الداروينية الإجتماعية هي أن عملية الإنتقاء الطبيعي تزيل ما هو غير صالح وبهذا يمكن تحسين الجنس البشرى. وقد أعتبر سبنسر التقدم كنتيجة للكفاح الدائم والمستمر الذى إستطاعت من خلاله الكائنات البشرية من التخلص من الكثير من الصفات الغير جيدة مثل المرضى، الضعفاء، المشوهين والناس غير الأسوياء[1]. وتذهب الداروينية الإجتماعية إلى اكثر من ذلك، مؤكدة بأن الفقراء والمحتاجين هم غير صالحين من الناحية البايلوجية بسبب العوامل الوراثية أو العنصرية، ومن المبادىء التطورية

---

(1) Rimlinger , op - cit. p. 47.

الأخرى والتي تنسجم مع مذهب الحرية الإقتصادية مبدأ عدم تدخل الدولة أو الحكومة في السوق أو عملية الإنتقاء الطبيعي، لأن أى تدخل يتعارض مع قوانين الطبيعة وبالتالي يعيق عملية التقدم.

ولكن بالرغم من موقف سبنسر المتشدد والمعارض لتدخل الدولة، فإنه أشاد بالقيم الليبرالية وزيادة تدخل الدولة. كما أوضح بأن الدولة إستطاعت من خلال بعض التشريعات الصادرة في تلك المرحلة من تنظيم الإقتصاد والمجتمع والسوق[1]. وينطبق ذلك على قانون الفقراء الجديد الذى يستهدف الإقتصاد والكفاءة الإدارية للتنظيم الرسمي، وإنتهى كما يرى سبنسر بتوسيع مجال الحكومة في جمع المعلومات والإشراف على مؤسسات الرعاية على المستوى المحلي وأخيرا تطوير السياسة الإجتماعية لمواجهة المشكلات التي كانت قائمة. فقد تم إنشاء الكثير من المؤسسات المتخصصة في مجال الأمراض العقلية، البدنية والنفسية وكذلك مؤسسات رعاية الأطفال.

لقد كان الفقر طبقا لفلسفة الحرية الإقتصادية نتاج لعملية التحول من النظام القديم إلى النظام الجديد وما أفرزه من مشكلات إجتماعية صاحبت الثورة الصناعية. كل ذلك من الأمور التي دعت إلى التدخل في سبيل إصلاح الأوضاع القائمة، وتحسين حالة العمال عن طريق التشريعات والبرامج الخاصة برعايتهم. وكانت أولى التشريعات الخاصة بالضمان الإجتماعي تقوم على أساس العمل الجماعي عبر نقابات العمال والجمعيات التعاونية وجمعيات الصداقة. فالتنظيمات العمالية كانت ذات أهداف سياسية وإقتصادية موجهة لكل من الدولة وأصحاب العمل. ومن هنا كانت الإنتقادات الإشتراكية موجهة لى كل من السوق، الملكية،

---

(1) Spencer , Herbert , The man Versus the State , (London , Williams and Norgat) 1910.

السلطة والإيديولوجية الخاصة بالمذهب الفردى إضافة إلى تدخل الدولة في الإقتصاد والمجتمع.

فالإشتراكية كرد فعل ضد فلسفة النظام الطبيعي ومذهب الحرية الإقتصادية، كانت بمثابة الحل الوحيد والنهائي الذى تم تطبيقه في الإتحاد السوفييتي آنذاك، وفي بلدان أوروبا في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية. إلا أن أول من تبنى مشروعا معتدلا كهذا كان بسمارك، ففي محاولة منه لتجنب إثارة خصومه الإشتراكيين، إستطاع أن يصدر التشريع الخاص بالتأمين الإجتماعي الإلزامي، وفي نفس الفترة، ولنفس الأسباب تم فرض ضريبة على الدخل تتراوح بين 0.67% و4%. وقد تبعت الكثير من الدول الأوروبية الخطوة الألمانية في مرحلة لاحقة، بإستثناء بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية التي ظلت ولفترة طويلة دون أن تتأثر بضغط الأفكار الإشتراكية أو ترضخ لمطاليب الحركة العمالية. ولكن في العقد الثاني من هذا القرن إستطاعت كل من بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية تطبيق نظام خاص بالضرائب يتناسب طرديا مع مدخولات الفرد، وقد سجل هذا النظام إرتفاعا ملحوظا خلال السنوات الأخيرة من هذا القرن[1].

وعموما فقد أدت جميع هذه التحولات التي حدثت في الغرب خلال هذا القرن، إلى تبني مفهوم جديد للحرية يقوم أساسا على تحقيق غايات جديدة تخدم الصالح العام وتجاوز المفهوم القديم الذى تمنحه وتحدده الدولة[2]. وهذا التحول من الفلسفة التقليدية قد خلق الظروف الملائمة لتدخل الدولة وإتساع مسؤوليتها في حل المشاكل الإجتماعية بما في ذلك مشكلة الفقر. وقد حدث هذا التحول نتيجة لعدة أمور منها ظهور الأفكار الإشتراكية، وتداعي الأسس التي قامت عليها فلسفة الحرية الإقتصادية والتي تسلم بأن المنافسة القائمة قد بدأت بين أفراد يتمتعون

---

(1) Von Hayek , F. A. T he Constitution of Liberty (Chicago , University of Chicago Press) 1960 , p. 130.

(2) Smith , op. cit. p 280.

بالحرية والمساواة في الحقوق، ولكن في حقيقة الأمر هؤلاء الأفرادلم يبدوا أصلا أحرارا متساوين، وكلما زادت المناقشة، كلما تقلصت الحرية والمساواة. وهذا يرجع كما يرى البعض إلى أن الثورة الصناعية في أنجلترا وأوروبا قد قامت على أنقاض نظام تقليدى يتميز بالتفاوت الطبقي، وأن الثورة التي أعلنت القضاء على مظاهر التفاوت القديمة قد ترتب عليهافي نفس الوقت مظاهر جديدة للتفاوت. وهكذا إنهارت تلك المقولة وأنهار معها الأساس الذى بنيت عليه والذى يرفض بشدة تدخل الدولة[1].

ويرى سميث بأن المفهوم الجديد للحرية قد تطور من النظام القديم، ومن أحد ابرز أسباب ظهوره يقول سميث هو نجاح الحرية الإقتصادية نفسها. فالحرية الجديدة تؤكد على أهمية الوسائل والأساليب الجماعية للرعاية. وتطالب الدولة بمساعدة الأفراد والفئات المحتاجة[2].

وقد شهد القرن العشرون تطورات كبيرة في برامج وسياسات الرعاية الإجتماعية سواء عن طريق المساومة بين الجماعات التي تمارس الضغط وصانعي القرار السياسي كما هو الحال بالنسبة للديمقراطيات الغربية،أم عن طريق التخطيط المركزى كما هو الحال بالنسبة للمجتمعات الشيوعية.

وسنعرض في هذا الإطار أمثلة مهمة على مدى التطور الذى شهدته برامج التأمين الإجتماعي والأسباب السياسية والإقتصادية وراء هذا التطور وكما يلي:

1- برامج خاصة بإعادة توزيع الضرائب لتقليل العبء المفروض على أصحاب الدخول الواطئة، وتقريب التباينات في الدخل.
2- برنامج خاص بمنح علاوات للأطفال تمنح بشكل مخصصات عائلية.
3- تعويضات العمال عن حالات الإصابة والأمراض المهنية.

---

[1] Carr , Edward , The new Society, (Boston , Beacon press) 1951. pp. 21 - 23.

[2] Smith , op - cit. pp . 280 - 81.

4- خدمات تأهيلية.

5- خدمات خاصة بتدريب العمال.

6- خدمات إجتماعية خاصة بتقديم الإرشاد والتوجيه للأفراد والأسر التي تعاني من مشكلات إجتماعية وإحالتها إلى المؤسسات المتخصصة.

7- مساعدات إقتصادية تدفع لتغطية نفقات الرعاية الصحية أو توفير الرعاية المجانية عن طريق برامج الخدمات الصحية ذات الطابع القومي.

8- المحافظة على الدخل وهو برنامج شامل يتضمن صرف المعاشات في حالات الشيخوخة، المرض، الإعاقة، التقاعد والوفاة.

وتعتبر برامج التأمين الصحي والضمان الإجتماعي من أكثر البرامج التي إتخذت طابعا سياسيا في الوصول إلى هذه الأهداف، وكانت هذه ميزة الفترة الممتدة بين 1883- 1950 وهناك بعض النظريات التي تربط ما بين هذه التطورات والنمو الإقتصادى والتصنيع كما في دراسة (Rimlinger , Flora and Heidenheimer) فالعوامل الإقتصادية على حد تعبير هؤلاء قد أوجدت الظروف الملائمة للأخذ بالبرامج الخاصة بالحماية ضد المخاطر الإقتصادية الحديثة، وهذه البرامج يغلب عليها الطابع الجماعي والقومي إضافة إلى الصفة الإلزامية. ولاشك فإن مثل هذه البرامج تتطلب وجود نظام إقتصادى ونقدى متطور[1].

وقد أولت بعض الدراسات النظرية إهتماما كبيرا بموضوع العامل السياسي ودوره في التحول نحو الأسلوب الجماعي في معالجة المشكلات الإجتماعية والمتمثل بدور الحكومة ومسؤولية الدولة. وقد أعطى (De Swann) توضيحا لذلك من خلال الشكل ذو الأبعاد الأربعة وهي (البرجوازية، أصحاب الأعمال، العمال وطبيعة النظام أو البرنامج)، واعتبر أن أول خطوة للتحول نحو الأخذ ببرامج الضمان الإجتماعي كانت بمثابة لعبة المساومة بين هذه الأطراف الأربعة[2].

---

[1] De Swann,op - cit. p. 154.

[2] Ibid. pp. 167 - 76.

ويضيف أيضا، بأن مشروع بسمارك الخاص بالضمان الإجتماعي والتأمين الصحي، لم يتطلب تعاون أصحاب الأعمال فحسب، وإنما الوعي بأهمية وفائدة الطبقة العاملة (التي إضطر بالنهاية إلى مناشدة قادتهم السياسيين). فالعامل الرئيسي الذى سهل مهمة صدور التشريعات الخاصة بالطبقة العاملة في ألمانيا آنذاك كان ضعف الطبقة البرجوازية. وإستطاعت حكومة الأحرار في بريطانيا وبضغط من الطبقة العاملة أن تتغلب على المعارضة من قبل أصحاب الأعمال، وفي مرحلة لاحقة تم تقديم بعض التنازلات، إنتهت بصدور تشريع عام 1911 والقوانين المتعلقة بالتأمينات الإجتماعية في حالات المرض والبطالة. أما في فرنسا ونتيجة لقوة ونفوذ الطبقة البرجوازية، فقد تأخر صدور التشريعات الخاصة بالتأمين الإجتماعي، ولكن في النهاية تحققت الكثير من المنجزات عن طريق الإئتلاف بين الحكومة والتنظيمات العمالية والصناعيين. وبعتبر الكساد الإقتصادى في الولايات المتحدة الأمريكية من أبرز العوامل التي أسهمت في إضعاف معارضة أصحاب الأعمال، مما أقنع بالتالي الكثير من العمال والمزارعين ورجال الأعمال الصغار باهمية وفائدة التشريعات الخاصة بالتأمين الإجتماعي وكل ذلك قد عزز من دور الحكومة الفيدرالية في المجال افقتصادى.

ورغم الإهتمام الذي كان يوليه (Deswann) للعامل السياسي ودوره في التحول نحو الأخذ بفلسفة ومبادىء التأمين الإجتماعي، إلا أنه قد تعرض لإنتقادات شديدة، نتيجة إعتماده على بعض الأمثلة البسيطة المستقاة عن واقع العملية السياسية لتلك المجتمعات في تلك الفترة، مستثنيا على سبيل المثال دور المصالح الماليةوأصحاب الأراضي والعقارات، إضافة إلى تجاهله التأثيرات التي كانت تمارسها مختلف الفئات السياسية على الدولة[1]. وعلاوة على ذلك فإن منهجه والطريقة التي عالج فيها الدراسة تميل إلى التقليل من دور الدولة، وخاصة بالنسبة

---

[1] Melling. Joseph , The Origins of Welfare States. (paper given to economic History Department Seminar. Exeter University) 4 December 1987.

للخبراء والمختصين من رجال الدولة من الذين أسهموا في صدور التشريعات الخاصة بمختلف المجالات الإجتماعية. أخيرا فإنه لم يقر بأهمية التنافس بين الدول وبنية (هيكلية الدولة)، كأحد الدوافع المؤدية للإصلاح، وأهمية هذا العامل لا تنطبق على بسمارك فحسب، وإنما على البلدان الديمقراطية. فدور الإمبريالية مثلا في الإصلاح الإجتماعي كان ظاهرا لدى (Havely) بينما تم تجاهله أو التقليل من أهميته لدى (Deswann)[1].

وتتخذ مثل هذه العمليات بعدا آخر لدى مايكل مان (Michael mann)الذى ركز على السياسات والإجراءات التي إتخذتها الطبقات الحاكمة (نوع من الإئتلاف بين القيادات العسكرية وملاك الأراضي تحت الأنظمة الملكية). فمثل هذه الأنظمة القديمة كانت لديها القدرة على منح الحقوق السياسية، والإجتماعية والمدنية كوسائل مختلفة لإحتواء كل من البرجوازية والبروليتارية في أجهزة الدولة وبالتالي المحافظة على النظام القائم[2]. ولم تتمكن الطبقات العاملة من الحصول على حقوقها السياسية قبل أن تتخذ الدولة أى إجراء إجتماعي بهذا الصدد إلا في الولايات المتحدة الأمريكية.

أما في البلدان الأخرى، فيعتقد مان (Mann) بأن الحقوق الإجتماعية كانت بمثابة بداية الإعتراف بالصراع الطبقي، أو الوسائل التي إستطاعت من خلالها الأنظمة الحاكمة توجيه التغيرات المصاحبة للتصنيع والتحكم بها. وكان ذلك واضحا لدى أنظمة الحكم الفردى التي كانت سائدة في كل من ألمانيا، اليابان، النمسا وهنغاريا، فهذه الأنظمة كانت تمتلك القدرة على إضعاف التحديات الموجهة من الحركات الليبرالية والإشتراكية عن طريق العروض المقدمة لقبول الجماعات

---

[1] Havely , Elie. A History of The English people in the nineteenth century:Vol. V. Imperialism and the rise of labour (London , Benn)1929.

[2] Mann. op. cit pp. 188 - 91.

المعتدلة في عملية المساومة، وإستخدام جميع أشكال القمع والإضطهاد ضد العناصر الثورية[1].

يتضح من هذا العرض التاريخي، الذى كرس لتحديد المعالم الأساسية للتحليل النظرى الخاص بالتحول نحو الجماعية ومسؤولية الحكومات في توفير الرعاية الإجتماعية في الغرب، أن هناك تفاوتا كبيرا بين هذه المجتمعات والأساليب التي تبعتها في التغلب على صعوبات الحياة. وبغض النظر عن الدوافع الكامنة وراء مواجهة الصعاب فإن التكافل بمعناه البسيط كان موجودا لدى جميع المجتمعات بحكم النزعة الإنسانية، وقد لعبت المساعدات المتبادلة بين الأفراد والجماعات دورا كبيرا في حمايتهم ضد أخطار العالم الخارجي. ثم بدأ بعد ذلك العامل الديني يحث على تقديم المساعدة للأفراد والمحتاجين، وإحتلت الكنيسة مكان الصدارة في مجال الرعاية الإجتماعية في الدول الأوروبية. وفي تحول آخر، ونتيجة لإنهيار النظام الإقطاعي وظهور البوادر الأولى للثورة الصناعية وما رافقها من تغيرات لم يشهدها العالم الغربي من قبل، تعقدت الحياة وإزداد الوضع سوءا عجزت أمامه الكنيسة والنشاط الأهلي والخاص عن مواجهة المشكلات مما تطلب في نهاية الأمر من الدولة أن تتدخل تدريجيا. ولم تتأكد هذه المسؤولية وبشكل واضح وصريح إلا في مرحلة لاحقة دشنتها فترة التشريعات الخاصة بمحاربة الفقر والتسول.

وهكذا بدأت مرحلة جديدة تحددت في ضوئها معالم العلاقة بين الفرد والدولة، بعد أن كانت في المرحلة السابقة تحددها إعتبارات أخرى تمثلها حاجة الفرد للكنيسة أو لسيده الإقطاعي الذى يعيش في كنفه. ومن هذا العرض التحليلي للقضايا التاريخية المقارنة، حاولنا دون الخوض في التفاصيل معرفة الجذور التاريخية التي تحكم الجدل الأكاديمي الذى يسود الفكر الإجتماعي حول هذه القضايا

---

[1] Ibid. pp. 196 - 203.

في الوقت الحاضر. وسنحاول الآن تتبع تطور الرعاية الإجتماعية في الدول الأوروبية بحسب تسلسلها الزمني والمراحل التي مرت بها.

الرعاية الإجتماعية في إنجلترا:

كانت الرعاية الإجتماعية في إنجلترا خلال مرحلة العصور الوسطى من مسؤولية رجال الدين ونوعا من النشاط الذى تمارسه الكنيسة والمؤسسات الخيرية. وقد لعبت الطوائف والنقابات المهنية دورا مهما في رعاية الفقراء والمحتاجين وكذلك تقديم المساعدات للمرضى والعجزة. وكان تمويل هذه المؤسسات يأتي عن طريق المنح والتبرعات التي يقدمها أصحابها لأعمال البر والإحسان إضافة إلى المساعدات المقدمة من أفراد الطبقة الأرستقراطية. وكانت كل مؤسسة من هذه المؤسسات تختص برعاية فئة معينة من فئات المجتمع. وهكذا كان تقديم الصدقات للمحتاجين واجبا دينيا كوسيلة للخلاص وتطهير الروح. ولهذا فإن رعاية الفقراء في تلك المرحلة كانت محدودة جدا وتقتصر على إطعام الجائع ورعاية المريض والعاجز ومساعدة الأرامل والأيتام[1]. وتميز النظم الخاصة برعاية الفقراء في مطلع القرن الرابع عشر بين طبقتين من الفقراء، الفقراء القادرين على العمل والذين يجب عليهم الإعتماد على أنفسهم في كسب العيش، والفقراء العاجزون عن العمل كالمسنين والمرضى والأطفال وذوى العاهات.

ومن أبرز التشريعات الصادرة في هذه المرحلة قانون عام 1349 والخاص بتنظيم العمل الزراعي، وإلزام العامل القادر على العمل بقبول ما يعرض عليه من عمل. ويحرم هذا القانون تقديم أية مساعدة للمتسولين الأصحاء. وهكذا لم يكن للطبقات العليا في المجتمع آنذاك أى إهتمام بالرعاية اجتماعية، وإنما كان إهتمامها ينحصر بالدرجة الأولى في المحافظة على النظام وتطوير الأيدى العاملة المدربة

---

[1] Bruce. M " The rise of The welfare state " . (London , Weidenfeld and Nicholson) 1973. p. 7.

والماهرة لأسباب تتعلق بزيادة الإنتاج الزراعي. كما وتتميز هذه المرحلة بزيادة عدد الفقراء في المدن الرئيسية نتيجة لتحرير الفلاحين ورفض غالبية الجنود المسرحين من الجيش من العودة إلى الريف وممارسة العمل الزراعي. وهكذا إستمرت محاولات إنجلترا في إصدار القوانين التي تهدف إلى معالجة مشكلات الفقر والتسول بعد أن عجزت إمكانية الكنيسة من تلبية حاجات الناس والتصدى للمشكلات الإجتماعية.

أما مرحلة نهاية العصور الوسطى وإنهيار الإقطاع فتتميز بظهور حركة الإصلاح والتنوير وكان ذلك خلال القرنين السادس عشر والسابع عشر،وأصبحت رعاية الفقراء من مسؤولية السلطات المحلية بدلا من الكنيسة والنقابات المهنية التي كانت سائدة في السابق.ومن أبرز التشريعات الصادرة خلال القرن السادس عشر قانون 1536 الذي يعتبر بداية الإعتراف الرسمي بمسؤولية الدولة في رعاية الفقراء.وتتحمل السلطات المحلية بموجبه مسؤولية تقديم المساعدات لغيرالقادرين على العمل، وتوفير العمل للقادرين عليه. وصدر عام 1539 قانون جديد يخول الكنيسة سلطة الحصول على الضرائب لمساعدة الفقراء وتحريم التسول. ونظم القانون الصادر عام 1562 الأجور وساعات العمل وتحسين مستوى التدريب للعمال.وقد ألزم هذا القانون المتسولين والمتشردين القيام بالأعمال الشاقة.وفرض التشريع الصادر عام 1563 إشتراكا أسبوعيا على رب الأسرة لتمويل مساعدة الفقراء يدفع بشكل إجبارى ويحدد بحسب ممتلكات الفرد ودخله. كما وفرض التشريع الصاد عام 1572 ضريبة عامة لتوفير الموارد اللازمة للمساعدة. وتقوم الكنيسة بتوزيع المساعدات على المحتاجين. وقد عين بموجب هذا القانون مراقبون للإشراف على شؤون الفقراء وجمع الضرائب. وينص آخر تشريع صادر في مرحلة القرن السادس عشر عام 1597 على إنتخاب مراقبين خاصين للإشراف على تنظيم شؤون الفقراء، وإنشاء بيوت الصدقة لإيواء الفقراء والعاجزين عن العمل. وأقر هذا القانون أيضا مسؤولية الأفراد عن المحتاجين من الأقارب وفرض

عليهم مساعدتهم. وقد حدد هذا القانون مسؤولية الآباء والأبناء في مساعدة بعضهم بعضا.

وتتميز مرحلة القرن السابع عشر والثامن عشر بظهور المبادىء والسياسات التجارية التي كان من أبرز أهدافها تعزيزالإستقلال السياسي والإقتصادي للدولة[1]. فقد أيد التجاريون الأوائل إتخاذ الإجراءات القسرية ضد الفقراء من أجل تعزيز السيطرة على القوى العاملة وتوفير الحماية التجارية، وبالتالي تحقيق المصالح القومية العليا للمجتمع. وقد برز في هذه المرحلة تنامي الوعي القومي بالمشكلات الإجتماعية نتيجة لتزايد الفقراء والمتسولين في المدن بعد أن فقدوا النظام القديم للمساعدة المتمثل بالأسرة والأقارب والعلاقات الأولية في الريف.

وهكذا ساد الإيمان بأن مشكلة الفقروالعمل والرعاية الإجتماعية عبارة عن قضايا مرتبطة ببعضها ويجب أن ينظر إليها نظرة متكاملة إذا ما أريد التصدي للمشكلات الإجتماعية والتعامل معها بطريقة أكثر جدية[2]. وبهذا كانت مسؤولية الدولة في هذه المرحلة بمثابة رد فعل طبيعي لزيادة المشكلات وتعقد الحياة الإجتماعية بعد إنهيار النظام الإقطاعي وتشرد العديد من الأفراد والجماعات ممن يبحثون عن عمل أو مأوى في المدن. ويعتبر القانون الصادر عام 1601 والمسمى بقانون الفقراء الأول من أبرز التشريعات الصادرة في مرحلة القرن السابع عشر والذي أكد مسؤولية المجتمع المحلي في مساعدة الفقراء الذين ولدوا في نطاقه أو أقاموا فيه مدة لا تقل عن ثلاث سنوات. وبهذا فإن السلطات المحلية لا تصرف مساعدة للفرد المحتاج إلا إذا عجزت الأسرة عن إعالته. وقد ميز القانون بين ثلاث فئات من الفقراء وهي:

---

(1) Lichteim , G. in. R. Pinker. "The Idea of welfare " (London , hEINEMANN) 1979. P.75.

(2) Wilson.C.in R. Pinker. " The idea of welfare " op. cit. p 76.

1- الفقراء القادرون على العمل. ويفرض القانون على هذه الفئة العمل في الإصلاحيات أو بيوت العمل، ويمنع المواطنون من تقديم المساعدة لهم. ويتعرض الشخص الذي يرفض العمل في هذه المؤسسات لأقصى العقوبات.

2- الفقراء العاجزون عن العمل. وتتمثل هذه الفئة بالمرضى والمسنين والمكفوفين والصم والبكم والعجزة والأمهات ممن لديهن الأطفال. ويفرض القانون على هذه الفئات الإلتحاق ببيوت الصدقة أو الملاجىء.

3- الأطفال الذين لا عائل لهم. وتشمل الأيتام واللقطاء والمهجورين أو أبناء الأسر الفقيرة الذين تعجز أسرهم عن رعايتهم. وغالبا ما يتم عرض هؤلاء الأطفال على المواطنين الذين يبدون رغبة برعايتهم سواء بأجر أو بدون أجر. ويستند هذا القانون إلى مجموعة من المبادىء نوجزها بما يلي:

1- مسؤولية المجتمع في رعاية الفقراء وليس الكنيسة أو المؤسسات الخيرية كما كان في السابق.

2- مسؤولية الأسرة والأقارب في رعاية الفقراء والمحتاجين تحقيقا للتماسك الأسرى.

3- مسؤولية المجتمع في رعاية الفقراء محدودة وتقتصر على العاجزين عن العمل والذين لا يستطيعون الإعتماد على أنفسهم.

4- لا يخلو هذا القانون من ملامح القسوة والقمع وإزدراء الفقراء ومعاملتهم بطريقة غير إنسانية. وكانت لهذه الخصائص المميزة لقانون الفقراء تأثيرا كبيرا على السياسة الإجتماعية في أنحاء كثيرة من العالم وإستمرت حتى مطلع القرن العشرين في تحديد التشريعات الخاصة برعاية الفقراء. ومن التشريعات الأخرى الصادرة في مرحلة القرن السابع عشر قانون عام 1696 والخاص بتعليم الفقراء نزلاء بيوت العمل على بعض الصناعات وتدريبهم وتزويدهم بالمهارات اللازمة التي يتطلبها العمل.

وتتميز مرحلة القرن الثامن عشر بظهور الكثير من التطورات السياسية والإقتصادية والإجتماعية والتي إمتدت حتى مطلع القرن التاسع عشر. وبالرغم من قدرة الدولة وإمكانياتها اللامحدودة فإنها تأخرت في إتخاذ أى إجراء للتخفيف من المشكلات الإجتماعية والتصدي لها.ويعزى ذلك إلى ظهور الفكر الليبرالي الذى يعارض تدخل الدولة في الرعاية الإجتماعية(1). ومن أبرز التشريعات الصادرة في هذه المرحلة قانون عام 1722 الذي ينص على عدم مساعدة الفرد المحتاج الذي يمتنع عن الإلتحاق ببيوت العمل. وقد أثار سوء معاملة الفقراءوعدم توفر الظروف الملائمة للعمل وتكديس الفقراء بطريقة غير إنسانية، إنتقادات الكثير من المصلحين الإجتماعيين، قادت في النهاية إلى صدور قانون 1761 و1767 الذى يدعو إلى تحسين ظروف العمل وإبعاد الأطفال دون سن السادسة عن بيوت العمل ووضعهم في رعاية أسر بديلة. وهكذا ظل نظام بيوت العمل الصارم محور السياسة الإجتماعية المتمثلة برعاية الفقراء في إنجلترا لما يقرب من القرن من الزمن. أما مرحلة القرن التاسع عشر فتتميز بظهور الإتجاهات والأفكار البرجوازية المعارضة لقوانين الفقراء ومنها على سبيل المثال مذهب الإقتصاد الحر الذي جاء به آدم سميث، ومبادىء الحرية الفردية والمنافسة الحرة والحقوق السياسية والإقتصادية والإجتماعية. وتدعو جميع هذه الأفكار إلى إلغاء مساعدة الفقراء وعدم التدخل في الوضع الإقتصادى للمجتمع من قبل الدولة، وتترك للفرد الحرية في تحقيق أقصى درجات الرفاهية عن طريق المنافسة الحرة والدخول في السوق الإقتصادى. وقد أعاق ظهور هذه الأفكار تطور الضمان الإجتماعي نتيجة لإعتناقها في الحياة السياسية والإقتصادية والإجتماعية وبالتالي تأثيرها على السياسة الإجتماعية(2). ورغم أن هذه الأفكار المتمثلة بمبدأ المساواة والمسؤولية الفردية قد منحت الطبقة العاملة حرية لم تألفها من قبل إلا أن تأكيدها كان ينصب على ضمان حد أدنى من

---

(1) Pinker , R "The idea of welfare " op. cit. p. 81.

(2) Rimlinger , G.V. welfare policy and industrialization in Europe , America and Russia. (N. Y John willey and sons) 1971. p. 12.

الحماية الإجتماعية. وقد إمتدت المبادىء والأفكار الليبرالية لتشمل السياسة الإقتصادية، ومن هنا جاء التأكيد على تدخل الدولة المحدود. كما إمتدت لتشمل نظام مساعدة الفقراء بحيث كان الردع هو الخاصية المميزة للقانون الصادر عام 1834. فقد حدد هذا القانون من خلال مبدأ الأقل إستحقاقا، مستوى ونوع المساعدة الذى ينبغي أن يزيد على حد الكفاف. وتعتمد هذه المساعدة على قدرة الفرد للإلتحاق ببيوت العمل(1). ويستند هذا القانون إلى المبادىء التالية:

1- إلغاء الإعانة الجزئية المعمول بها سابقا.
2- إيداع جميع الفقراء ممن يتقدمون بطلب المساعدة في بيوت العمل وبالتالي ربط الحصول على المساعدة بالعمل.
3- تقتصر الإعانة من خارج المؤسسة على المرضى والعجزة والأرامل.
4- الأخذ بمبدأ الأقل إستحقاقا ويعني أن تكون المساعدة دون مستوى أقل العمال أجرا.
5- التنسيق بين الهيئات والسلطات المختصة بتقديم المساعدة.
6- تشكيل جهاز إدارى مركزي يتولى من خلال مجموعة من العاملين مهمة الإشراف على توزيع المساعدات.

كما تتميز مرحلة القرن التاسع عشر بظهور حركتين إجتماعيتين كان لهما تأثير كبير في توجيه معالم السياسة الإجتماعية في المجتمع الإنجليزى هما حركة تنظيم الإحسان والمحلات الإجتماعية والتي سبق ذكرهما في الفصل الأول.

وتميزت مرحلة القرن العشرين بدرجة عالية من التطور الذى شهدته بريطانيا ليس سياسيا فحسب وإنما صناعيا. وظهرت في هذا الطور الجديد ما بعد الصناعي، أشكال جديدة من تشريعات الضمان الإجتماعي. وصار ينظر إلى توفير الحدالأدنى من الحماية ليس كحق إجتماعي وحسب وإنما وسيلة للحفاظ على

---

(1) Pinker , R. op , cit. p. 81.

الموارد البشرية التي تتطلبها الصناعة الحديثة[1]. وسنتناول هذه التشريعات على مرحلتين وكما يلي:

المرحلة الأولى.

مرحلة التشريعات الخاصة بالتشغيل والتأمين الإجتماعي ومن أبرز هذه التشريعات ما يلي:

1- 1905 قانون العمال العاطلين عن العمل ويقضي بصرف مساعدة لهم.
2- 1909 القانون الخاص بإنشاء مكاتب العمل والقيام بخدمات التوظيف.
3- 1910 الإهتمام بالمساعدات العمالية وتوفير فرص العمل.
4- 1911 ظهور التشريعات الخاصة بالتأمين القومي في حالات المرض والبطالة.
5- 1925 التأمين الإجتماعي للرجال فوق سن الــ65 والنساء فوق سن الــ60 والأرامل والأيتام والأطفال ممن لا عائل لهم حتى سن الرابعة عشر أو السادسة عشر إذا كانوا تلاميذ في المدارس.
6- 1934 إنشاء مجلس خاص يتولى مهمة التصدي للبطالة.
7- 1939 صدور التشريعات الخاصة بالتأمينات الإجتماعية في حالات المرض والعجز والشيخوخة والبطالة والأرامل والأيتام.
8- وهناك التشريعات الخاصة برعاية الأحداث المنحرفين وإصلاحهم الصادرة عام 1907 وإنشاء أول محكمة للأحداث عام 1908، إضافة إلى التشريعات الخاصة برعاية الأمومة والطفولة، وإنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة عام 1918.

---

(1) Rimlinger , G . V. op - cit.p.13.

المرحلة الثانية:

وتتميز هذه المرحلة بصدور تشريعات التأمين الإجتماعي الشامل لجميع المواطنين من المهد إلى اللحد. وصار دور الدولة في مجال الرعاية الإجتماعية يتمثل في توفير الفرص اللازمة لجميع المواطنين وعلى أساس من المساواة وضمان حد أدنى من المنافع[1]. ومن أبرز التشريعات مايلى:

1- 1945 التشريع الخاص بمنح العلاوات الأسرية.
2- 1946 قانون الضمان الإجتماعي والتأمين ضد إصابات العمل، وصدور التشريعات الخاصة بالإسكان والإهتمام بالمناطق المتخلفة وتوفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين.
3- 1948 التشريعات الخاصة بالمساعدات الإجتماعية القومية.

وهكذا تهتم الحماية الإجتماعية بقضايا المجتمع ككل بقدر إهتمامها بمصالح الفرد تحقيقا للمصلحة العامة المتمثلة بالإستقرار السياسي والإجتماعي وزيادة الإنتاج الإقتصادى[2].

الرعاية الإجتماعية في فرنسا:

كانت التجربة الفرنسية في مجال الرعاية الإجتماعية مشابهة إلى حد كبير للتجربة البريطانية من حيث المراحل التطورية ومدى تأثرها بالفلسفة التي قام عليها القانون الإنجليزي والأساليب المتبعة في رعاية الفقراء والمحتاجين. وتتمثل الإختلافات الأساسية بين التجربتين بدور العامل السياسي وأثر التطور الصناعي في نشوء وتطور الرعاية الإجتماعية والذى كان في فرنسا أقل بالمقارنة مع بريطانيا. فقد إتبعت فرنسا في مرحلة ما قبل التصنيع الطريقة التقليدية في مساعدة الفقراء

---

[1] Thoenes , p. " The Elite in the welfare society" (London , Faber and Faber) 1966 - pp. 139. 140.

[2] Rimlinger , G. V. op - cit.p.4.

والتي كانت سائدة في إنجلترا. وكان الهدف من المساعدة إخضاع الطبقة الوسطى وإحكام السيطرة عليها مقابل درجة من الحماية الإجتماعية من الطبقة العليا في المجتمع. وكانت مسؤولية رعاية الفقراء على المستوى المحلي نوعا من النشاط الذى تمارسه الكنيسة. ولكن ونتيجة لتزايد عدد الفقراء والمتسولين في أوروبا خلال مرحلة القرن السادس عشر وعجز الكنيسة الكامل عن مقابلة الطلب المتزايد على الإعانة والمأوى، قامت فرنسا بمقابلة إنتشار هذه الظاهرة بإصدار القوانين 1536 و1586 والتي أعطت الكنيسة سلطة فرض ضرائب إلزامية لتمويل النشاطات الخاصة بمساعدة الفقراء. وكانت شروط الإستحقاق ودرجته مشابهة لما كان سائدا في إنجلترا ويتضمن فرض عقوبات رادعة على المتسولين القادرين على العمل، أما العجزة أو غير القادرين على العمل فتقتضي القوانين مساعدتهم وبدون أى شروط.

وخلال مرحلة القرن السابع عشر والنصف الأول من القرن الثامن عشر لجأت فرنسا إلى تطبيق الإجراءات القسرية على الفقراء في محاولة لغرس قيم العمل في نفوس الطبقة العاملة. ولكن بحلول النصف الثاني من القرن الثامن عشر تزايد عدد الفقراء لدرجة تنذر بالخطر رافقها تغير أيديولوجي كبير وتزايد الوعي القومي بلغ ذروته أثناء الثورة الفرنسية التي حدثت في نهاية القرن الثامن عشر. وقد تطورت خلال هذه المرحلة الإتجاهات الإنسانية التي تدعو إلى إصلاح السياسة الإجتماعية، وتغيير النظرة من الفقراء المستحقين للمساعدة. وقد أقر التشريع الصادر عام 1764 بأن ليس جميع المتشردين هم من الأفراد العاطلين عن العمل، وأن فقرهم ليس بالضرورة نتيجة لخطأ إرتكبوه أو نتيجة فشلهم في الحياة. وهذا يعني مسؤولية الدولة في توفير الحماية اللازمة لجميع الأفراد. وعلى الرغم من هذا الإعتراف فإن الموقف من الفقراء الذين لايستحقون المساعدة مازال متشددا. ولذلك أنشئت عام 1767 مؤسسات العمل العقابية مشابهة لبيوت العمل الإنجليزية وإجراءاتها الصارمة. وقد تضمنت سياسات تورجوت (Turgot) الذي كان يشغل منصب وزير المالية خلال السنوات (1774-1776) توسيع مفهوم المساعدات

الخارجية وتوفير العمل لتشغيل الفقراء.ومع ذلك كانت الأفكار السائدة خلال تلك الفترة تعارض فكرة مساعدة الفقراء وتدخل الدولة في مجال الرعاية الإجتماعية، وتؤكد على مسؤولية الفرد وإعتماده على نفسه في تلبية متطلباته الأساسية عن طريق غيجاد العمل اللازم. وهكذا تلكأت مسيرة الرعاية الإجتماعية في فرنسا ولم يحدث أى تغيير في المواقف الرسمية من الرعاية الإجتماعية حتى قيام الثورة الفرنسية الفترة (1789 – 1799). وكانت الإضطرابات الإجتماعية التي شهدتها فرنسا في مرحلة ما قبل الثورة نتيجة الإنتقال من المجتمع الزراعي إلى المجتمع الصناعي أقل بالمقارنة مع بريطانيا. ومع أن درجة التقدم الصناعي في فرنسا كانت أقل بالمقارنة مع بريطانيا، إلا أن تغير القيم الإجتماعية كان سريعا ومفاجئا.

وقد أعلن دستور الجمهورية "... بأن المساعدة العامة تعتبر شيئا مقدسا، ويتحمل المجتمع مسؤولية رعاية المواطنين عند الحاجة عن طريق توفير العمل أو وسائل المعيشة اللازمة لغير القادرين على العمل..."[1] وقد أعلنت فرنسا كما هو الحال في بريطانيا نهاية العلاقات الإقطاعية التقليدية نتيجة لظهور الأفكار والمبادىء الليبرالية التي تنادي بالحرية والمساواة. وقد وفرت المبادىء الليبرالية للأفراد الحرية والمسؤولية الفردية، لكنها حرمتهم من حقهم في الحماية الإجتماعية. فالمواطنة الكاملة حسب هذه المبادىء تعني مسؤولية الفرد في رعاية نفسه، لأن الإعتماد على الغير لا يتمشى مع مبدأ الحرية والمساواة[2].

وقد أحبط المفهوم الليبرالي الجديد جميع المحاولات الرامية لتطوير الحماية الإجتماعية في فرنسا كما هو الحال بالنسبة للبلدان التي أخذت بهذه المفاهيم. وفي الوقت الذي أعلنت فيه الدولة إعترافها الكامل بحقوق جميع المواطنين، فإنها لم تتخذ أية إجراءات عملية يمكن أن تضمن بموجبها توفير مستوى معيشي معين

---

(1) Levasseur , E. in Rimlinger , op - cit. p. 30.

(2) Rimlinger , G. V. I bid - p. 8.

للمواطنين. وقد كان لسيطرة مبدأ الإقتصاد الحر على السياسة التجارية أن ترك للفرد الحرية إستثمار الفرص الإقتصادية ومحاولة البحث عن رفاهيته في السوق الحر بالإعتماد على جهوده الشخصية. وهكذا فإن المنافسة والعمل الشاق هما أساس النجاح، والمكافأة على النجاح تعني إقناء المزيد من الثروة والنفوذ. وبهذا لجأت فرنسا إلى الأنماط التقليدية للدعم والمساعدة مما جعل التجربة الفرنسية مختلفة عن بقية الدول الأوروبية في مسيرتها التطورية[1].

وكان المجتمع الفرنسي في نهاية القرن التاسع عشر منقسما على نفسه إلى جماعات ذات أهداف ومصالح متعارضة دون أن يكون للقطاع الزراعي أو الصناعي القوة الكافية للسيطرة، ومثل هذا الوضع السياسي لم يكن قادرا على التغيير. ويتضح هذا الأمرفي تأخر الإجراءات الخاصة بالحماية رغم الجهود المبذولة والتي أسفرت في نهاية الأمر عن صدور القانون الخاص بمعاشات المتقاعدين وذلك عام 1910. أما القانون الخاص بالتأمين الإجتماعي الفرنسي والصادر عام 1928 فقد تأخر تنفيذه حتى عام 1945.

الرعاية الإجتماعية في ألمانيا:

كانت رعاية الفقراء في المجتمع التقليدي الألماني من مسؤولية المجتمعات المحلية. وقد أكدت التشريعات الصادرة خلال السنوات 1530 – 1548 و1577 هذه المسؤولية في رعاية الأفراد الذين يعيشون في نطاق تلك المجتمعات. ولهذا كانت مساعدة الفقراء كما في بقية المجتمعات الأوروبية تتمثل بالإحسان والنشاط الخيري الذي يشرف عليه ويديره النظام الإقطاعي. فالحماة من قبل ملاك الأراضي كانت تقدم مقابل إمتثال الفلاحين وتنفيذهم لأوامر سيدهم الإقطاعي. وقد سادت هذه الطريقة في معالجة المشكلات الإجتماعية في الفكرالإجتماعي الألماني لفترة طويلة

---

[1] Myrdal , G. " Beyond the Welfare state " > (London , Duckworth and co) 1961. p. 43.

من الزمن. ومن المفارقات المثيرة أن ألمانيا كانت أول بلد يقوم بتقديم برامج الضمان الإجتماعي الإلزامي في الوقت الذي كانت تتصدى فيه لإنتشار المبادىء والقيم الليبرالية. وقد أثرت عملية التصنيع على تطور برامج الضمان الإجتماعي في ألمانيا كما في بقية البلدان، رغم أن حدوث الثورة الصناعية في ألمانيا كان متأخرا بالمقارنة مع بريطانيا وفرنسا. وقد حال النظام الإقطاعي التقليدي دون ظهور أي فكر أو إتجاه سياسي وحرم الطبقة الوسطى من ممارسة حقوقها السياسية، مما أدى بالتالي إلى تأخر الإجراءات الخاصة بالرعاية الإجتماعية. ولكن هذا لا يعني أن ألمانيا آنذاك كانت خالية من الإتجاهات الليبرالية، ففي عام 1835 كانت هناك محاولات لتقديم مساعدات إلزامية للفقراء، بيد أن هذه المحاولات ونتيجة للأفكار الليبرالية التي كانت سائدة، قد فشلت نتيجة للإعتقاد بأن هذه المساعدات ستشجع الفقراء على الكسل والإعتماد على الغير.

وكانت ألمانيا مدركة لطبيعة المشاكل الإجتماعية الناي في بريطانيا وفرنسا وقبل أن تشهدها بنفسها. وكانت أيضا تعتبر بأن سياسات عدم التدخل التي جاء بها الفكرالليبرالي ستزيد من الحرمان والعزلة الإجتماعية لمختلف فئات المجتمع بدل من تقليلها أو التخفيف من حدتها، ولهذا إلتزمت ألمانيا بفكرة الحماية الإجتماعية في سياساتها الإقتصادية والإجتماعية معا.

ومنذ بداية القرن التاسع عشر لم تعد الأشكال التقليدية للحماية الإجتماعية تتمشى وتزايد المشكلات الإجتماعية الناجمة عن التضخم السكاني في الريف وفائض القوة العاملة، والفلاحون بدون أرض إضافة إلى فقدان المصدر التقليدي للحماية والمتمثل بالطبقة العليا. ونجم عن ذلك ردود فعل كثيرة من قبل الحركات الإجتماعية والعمالية ومنها على سبيل المثال أعمال الشغب والعنف لعمال الغزل والنسيج في مدينة سيلاسيون عام 1844. وقد أدى التصنيع السريع في منتصف القرن التاسع عشر إلى حدوث تغييرات إجتماعية ولإقتصادية لم يسبق لها مثيل في المجتمع الألماني، وكانت هذه التغييرات بمثابة عنصر ضغط على الحكومة للمطالبة

بتوفير أشكال جديدة من الحماية الإجتماعية. ومن الأمور المهمة جدا هو إستجابة حكومة المحافظين آنذاك لهذا المطلب لأنها كانت مدركة لطبيعة الخطر الذى يهددها من قبل الحركة الإشتراكية وإلى حد ما الليبرالية التي بلغت ذروتها خلال فترة النمو افقتصادى السريع (1850 – 1873)، وقد حاول الليبراليون تطبيق أفكارهم، إلا أن الشعب الألماني لم يكن مهيئا بعد لتقبل القيم والمبادىء الليبرالية التي تدعو إلى إستقلال الفرد وإعتماده على نفسه. وقد ساعدت تجربة الشعب الألماني وخبرته السابقة في مجال الحماية الإجتماعية على توفير بعض برامج وخدمات الرعاية الإجتماعية اللازمة للأفراد بدل من تطبيق المبادىء الفردية. وهكذا كان ضعف الليبرالية يعني أن البلاد كانت مستعدة ولو من الناحية الأيديولوجية لتوفير الحماية الإجتماعية للأفراد. وههذه الحماية تدخل في نطاق الفكار الإجتماعية للنظام الألماني الأبوي والأخلاق الإجتماعية المسيحية والتيأكدها المحافظون في محاولاتهم للتصدي للمثل والمبادىء المادية للفكر الليبرالي[1]. ولذلك أعلنت الدولة مسؤوليتها عن توفير الحماية اللازمة للعمال ضد بعض المخاطر التي تهدد حياتهم الإقتصادية عن طريق إصدار التشريعات الخاصة بالضمان الإجتماعي عام 1880. وكانت تهدف من ورلء ذلك إنهاء حالة الفوضى وأعمال الشغب والتصدي للتحديات التي تواجهها الحكومة من الثوريين الإجتماعيين، وكان بسمارك يأمل في محاولته هذه كسب ولاء الطبقة العاملة وبسط نفوذه عليها. وهكذا فإن المجتمع السلطوي يقدم الحماية اللازمة للعمال ليجعله مقتنعا ومكتفيا بمكانته الثانوية التقليدية في المجتمع. أما المجتمع الديمقراطي فإنه يحميالعامل حتى لا يشعر بأن مكانته ثانوية في المجتمع. ففي الحالة الأولى تبرر الحماية الإجتماعية عدم المساواة بين الأفراد، أما في الحالة الثانية فالمساواة الإجتماعية تبرر الحماية[2].

---

(1) Rimlinger. G v.op. - cit.p.91.

(2) Ibid . p. 339.

وبذلك إستطاعت الدولة في ألمانيا البرامج الخاصة بالتأمين الإجتماعي لخدمة مصلحتها الخاصة وتحقيق الضبط الإجتماعي والإستقرار السياسي. وبمعنى آخر فإن تأمين حد أدنى من الحقوق الإجتماعية كان يهدف إلى التقليل من مطالبة العمال بالحقوق السياسية والمحافظة على النمط التقليدى للعلاقة المتمثلة بإعتماد المواطن على الدولة. ويتضمن التأمين الإجتماعي نظام إلزامي يخضع لإشراف الدولة يمكنها عن طريقه تحقيق سيطرتها الكاملة على الطبقة العاملة. ويحتوى على برامج التأمين ضد الشيوالعجز لتحقيق إرتباط المواطن بالدولة والإلتزام بالنظام القائم على المدى البعيد. أما برامج التأمين الصحي فكان إهتمام بسمارك بها أقل لما تنطوي عليه هذه البرامج من أهداف قصيرة الأمد بالنسبة للدولة.

وقد واجهت ألمانيا خلال مرحلة الإنتقال الحرجة من الإقتصاد الزراعي إلى الإقتصاد الصناعي الكثير من المشكلات الإجتماعية، ولكن على النقيض من بريطانيا وفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية التي أخذت بالمبادىء والقيم الليبرالية، كانت دولة القوة في ألمانيا على إستعداد كامل لتطبيق السياسات الخاصة بالحماية الإجتماعي للدفاع عن مصالح الطبقة الحاكمة. إلا أنها لن تتمكن من تطوير مفهوم جديد للحماية الإجتماعية يقوم على أساس الإعتراف الكامل بالحقوق الإجتماعية للمواطن حتى الفترة الممتدة بين عام (1918 - 1933).

وقد شهدت ألمانيا خلال السنوات التي أعقبت الحرب العالمية الأولى تغيرات سياسية وإجتماعية كثيرة، إذ حل محل النظام التقليدى الأبوي دستور ديمقراطي جديد للبلاد يدعو إلى المساواة الإجتماعية بين الأفراد. وكانت البطالة من أبرز المشكلات الإجتماعية التي واجهت ألمانيا في مرحلة ما بعد الحرب، وهي القضية التي أهملها بسمارك في برامجه الخاصة بالتأمين الإجتماعي لأنها لا تشمل الناشطين إقتصاديا من القوة العاملة. ولذلك صدر عام 1927 برنامج خاص بالتأمين ضد البطالة. وقد عكست التطورات الأخرى في الضمان الإجتماعي الجديد مدى الإهتمام الذي توليه الدولة بموضوع الحماية الإقتصادية لحق إجتماعي

للمواطن. فعلى سبيل المثال، ظهرت البرامج الخاصة بالمساعدة العامل لنحل محل قوانين الفقراء التقليدية. ومن المشكلات الأخرى التي واجهتها ألمانيا في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الأولى الصعوبات الإقتصادية بسبب الأعباء المالية المترتبة على إعادة الإعمار، وما للأزمة افقتصادية العالمية في الثلاثينات من هذا القرن من تأثير كبير على الإقتصاد الألماني، وكل ذلك أدى في النهاية إلى إنهيار النظام السياسي القائم وظهور النظام الديكتاتوري بقيادة هتلر.

وخلال الفترة الممتدة بين عامي 1933 و1945 إستخدم الضمان الإجتماعي مرة أخرى كوسيلة لتحقيق الأغراض التي كان يدعو إليها الحزب النازي. وكان الهدف الرئيسي للسياسة الإجتماعية منصبا على الإنتاج الحربي. ولما كان الإقتصاد الألماني موجها بالأساس لتحقيق هذا الهدف، فقد تم التصدى للبطالة بالكامل وتعبئة الشعب اللماني، لأن برنامج الضمان الإجتماعي "للرايخ الثالث" كان مهتما بتوفير فرص العمل بإعتبارها حقا من حقوق المواطن الإجتماعية. وصار الإهتمام بالقوة العاملة في ظل السياسات الخاصة بالتعبئة العسكرية والإستعداد للحرب قويا وصارما. وقد عكست السياسة الإجتماعية في توجهاتها هذه والقائمة على التمييز العنصرى، إنحيازا واضحا ضد الضعفاء وغير المرغوب بهم.

وكأن الشعب الألماني في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية يميل إلى الإستمرار في إعتماده على الدولة في تلبية متطلباته الأساسية، وصار مقدرا لهذه العلاقة بين المواطن والدولة أن تكون في إطارها الديمقراطي الجديد لتحل محل النمط الأبوي القديم. وكانت المشكلة الأساسية للجمهورية الإتحادية هي كيفية إيجاد نوع من الموائة بين مسؤولية الفرد ومسؤولية الدولة. وفد كان الضمان الإجتماعي في ألمانيا بعد مرحلة الحرب العالمية الثانية وإنتهاء الحكم النازي، عبارة عن نظام معقد وموجه لدعم السياسات الخاصة بالعمل مما أعاق المهمة الأساسية للرعاية الإجتماية خلال سنوات ما بعد الحرب والتي تستهدف التصدي للمشكلات والأثار الإجتماعية للحرب. ولهذا إهتمت التشريعات الخاصة بالرعاية والصادرة خلال

الفترة (1953-1957)، تمثلت في توفير الساعدات الخاصة بالأسرة وذلك عام 1954. ومن التشريعات والتطورات الأكثر أهمية في تاريخ ألمانيا الحديث ومنذ صدور برامج التأمين الإجتماعي عام 1880، ظهور التشريع الخاص بالمعاشات عام 1957، والذي يؤكد على أهمية المحافظة على الوضع الإقتصادى لمستحقي المعاش، ويتحدد مستوى المعاش ودرجته في ضوء مدخولات الفرد عن عمله السابق.

وقد أدى الإنتعاش الإقتصادى وإنتشار القيم الليبرالية في ألمانيا عام 1960 إلى إحداث تغير واضح في السياسة الإجتماعية. وقد تجهت البرامج نحو التصدى للبطالة وتوفير فرص عمل أكثر في مجالات أوسع. وهكذا تمكنت ألمانيا خلال سنوات ما بعد الحرب من تحسين مستوى وبرامج الضمان الإجتماعي. إلا أن التفاوت بين هذه البرامج ومستوى ونوعية المنافع كان كبيرا نتيجة لإنتشار المبادىء والأفكار الليبرالية التي تدعو إلى المكافأة حسب الجهود الفردية.

الرعاية الإجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية:

شهدت الولايات المتحدة الأمريكية خلال مرحلة التصنيع الكثير من المشكلات الإجتماعية التي واجهتها بريطانيا وفرنسا، إلا أن إرساء دعائم النظام الخاص بالحماية الإجتماعية قد استغرق وقتا أطول.ويرجع السبب في ذلك إلى أن المبادىء والقيم الليبرالية التي يقوم عليها المجتمع الأمريكي كانت أقوى من أى مكان آخر. وقد أدى إنتشار هذه المبادىء إلى توفير السبل اللازمة للسيطرة على التوترات في المجتمع الأمريكي والقدرة على إحتوائها دون الإعتراف بالحقوق الإجتماعية للأفراد. فقدرة الولايات المتحدة الأمريكية على تأجيل الإجراءات الخاصة بالحماية الإجتماعية هي نتيجة حتمية لتراثها القائم على مبدأ الحرية الفردية وضمان الحقوق السياسية والإقتصادية والإجتماعية. وتساند جميع هذه المبادىء وفهوم إعتماد الفرد على نفسه[1].

---

[1] Ibid. p. 200.

ورغم أن مشكلة الفقر في الولايات المتحدة المريكية لم تكن بنفس الدرجة التي تعاني منها أوروبا، إلا أن نظم الرعاية افجتماعية كانت متأثرة في روحها وفلسفته بالنظم التي سادت في بريطانيا وخاصة الأساليب المتبعة في رعاية الفقراء والمحتاجين. وقد تبنت المستعمرات الأمريكية وخاصة الواقعة على الساحل الشرقي نفس أحكام قانون الفقراء الإنجليزي عام 1601، وأنشأت الملاجيء وبيوت العمل الصارمة على غرار التجربة الإنجليزية. ولكن هذه المؤسسات لم تساعد في التخفيف من الفقر أو تحسين أحوال الفقراء.

وقد إستطاعت الولايات المتحدة الأمريكية كأمة جديدة في تلك الفترة أن توفر الفرص الإقتصادية وتمنح الحريات لجميع المهاجرين من أوروبا وخاصة لإنجلترا والذين فصلوا الإستقرار فيها. كما تمكنت الحكومات المركزية في المجتمعات التي تقع في غرب ووسط البلاد من إتخاد الكثيرمن الإجراءات الخاصة بتوفير الحماية الإجتماعية فيمرحلة سابقة للتشريعات المركزية للحكومة. وحققت تلك المجتمعات التي كانت تعاني من العزلة تطوراكبيرا في مجال الرعاية الإجتماية خلال القرنين السابع عشر والثامن عشر وذلك بالإعتماد على مواردها الذاتية وإرادة أبنائها. وخلال مرحلة القرن التاسع عشر ظهر مفهوم جديد للرعاي الإجتماعية يتمثل في توفير الفرص الإقتصادية وتوزيع الأراضي مجانا على من تتوفر فيهم القدرة على تحقيق النجاح. ولهذا أعتبر الفقر من مسؤولية الفرد نفسه نتيجة لوجود خلل في شخصيته. وقد إستمرت قوانين الفقراء الإنجليزية تسيطر في مضمونها وفلسفتها على قوانين المستعمرات من ناحية النظرة إلى الفقراء، مما أثار سخط الناس وغضبهم من أعباء الضرائب المخصصة لرعاية الفقراء وإنتقاصهم لكل من يعجز عن رعاية نفسه. وكان المجتمع الأمريكي وبتأثير الأفكار التي نادى بها هربرت سبنسر عن الدارونية الإجتماعية والتي روج لها وليم كراهام سمنر الذى يربط بين الرخاء الإقتصادى والنجاح في الحياة، تأثير كبير على السياسة الإجتماعية والنظرة إلى الفقراء. فقد كان لهذه الأفكار دور كبير في تبني سياسات أكثر شدة وصرامة

عن طريق بيوت العمل وبيوت الإحسان التي تم إنشاؤها في مرحلة لاحقة لصدور قانون 1834 البريطاني. وتتولى هذه المؤسسات مهمة توفير العمل اللازم للفقراء وتعليم الأطفال وتربيتهم، ويعطي كل فقير نوع من العمل يتفق وقدراته، وتكون النتيجة تمكين الشخص القادر جسميا من كسب قوته والمساهمة في مساعدة الفئات العاجزة. وتقوم فكرة إنشاء بيوت الإصلاح أساسا على تهذيب المتسولين والحكم عليهم بالأشغال الشاقة وهناك بعض القوانين التي تقضي بايداع كل من يتقدم بطلب المساعدة في هذه المؤسسات. ولكن فكرة إنشاء بيوت العمل والإحسان باءت بالفشل ولم تحقق النتائج المرجوة منها. وهكذا كانت النظم المحلية لمساعدة الفقراء عاجزة كليا ولم تتمكن من تطوير جهاز إدارى مركزي يتولى مهمة تنظيم المساعدة والإشراف عليها.

والملاحظ فإن التطور الصناعي الذى شهدته الولايات المتحدة الأمريكية خلال مرحلة القرن التاسع عشر لم يؤد إلى نفس الآثار والنتائج الإجتماعية التي شهدتها البلدان الأوروبية آنذاك. ويعزى ذلك إلى الإيمان السائد بأهمية المنافسة بين الأفراد وتوفر الفرص الإقتصادية. وعلى هذا الأساس كان هدف الفقراء البحث عن الفرص الإقتصادية وليس المساعدة[1]. وقد نمت في المجتمعات الريفية والحضرية والروابط الإجتماعية التي تقوم على التبادل الإقتصادى والمصالح المشتركة للجميع. ونتيجة لما يتميز به المجتمع الأمريكي من حراك إجتماعي وحرية فردية، على النقيض من المجتمع الأوروبي آنذاك، فقد صدر القانون 1862 الذى شجع المستوطنين على الإنتقال إلى المناطق الغربية للبلاد لإستغلال الأراضي الزراعية هناك. وقد ساعد هذا القرار على تخفيف الضغط السكاني عن المدن.

وفي نهاية القرن التاسع عشر، أصبحت النظم التقليدية للرعاية الإجتماعية عاجزة تماما ع تلبية متطلبات الأفراد. وكان قرار إغلاق الحدود عام 1890 بمثابة

---

[1] Mencher. S. in "R . Pinker. "The Idea of Welfare ". op - cit. p. 174.

الإعلان الرسمي لإنتهاء مرحلة توزيع الأراضي مجان في بلد كان فيه توزيع الأراضي الزراعية مرادفا لمفهوم الرعاية الإجتماعية. وقد أدى تحول الناس وإنتقالهم إلى الأراضي الجافة والقاحلة في الغرب إلى تعرضهم للكثير من المخاطر، فضلا عن تزايد عددهم بطريقة لا تتناسب مع المردود الإقتصادى لتلك الأراضي نظرا لمحدودية الإنتاج الزراعي. ونتيجة لزيادة عدد الفقراء بسبب إنخفاض المحصول وإنعدام فرص العمل، فقد لجأ الكثير من الأمريكيين إلى تنظيم أنفسهم في جمعيات ومنظمات خاصة بهم توفر لهم بعض أشكال الدعم والحماية كما في التعاونيات الزراعية. وهكذا ظهرت في الكثير من المدن الرئيسية والولايات الإتجاهات نحو إقامة المشاريع الإجتماعية وافقتصادية ذات الطابع الجماعي والدعم المتبادل بين العمال الصناعيين[1]، كما في التجمع الوطني البولندى، والإتحاد الكاثوليكي الروماني. ولكن ومع تطور الإجراءات الجماعية ظلت الرعاية الإجتماعية عبارة عن مسألة شخصية وإهتمام فردى يتعلق بالفرد نفسه.

وبالرغم من قوة المبادىء والمثل الليبرالية ومدى إنتشارها في المجتكع الأمريكي، فإن المتطلبات افقتصادية في مرحلة ما بعد التصنيع كانت تستدعي إجراء بعض التعديلات على طبيعة العلاقة بين الفرد والدولة. وهكذا صار ينظر إلى برامج التأمين الإجتماعي على أنها وسيلة لزيادة الكفاءة الإنتاجية للعامل والتقليل من عزلته وإغترابه. ولهذا كان تقديم برامج الرعاية افجتماعية يحقق نجاحا أكثر عندما يراد منه تحقيق هدف إقتصادى كما في تعويضات العمال والتأمين الصحس. وبمعنى آخر فالإعتبارات القائمة على الربح والخسارة كانت من أكثر العوامل أهمية في ظهور القوانين الخاصة بتعويضات العمال الصادرة قبل الحرب العالمية الأولى[2].

---

[1] Thomas , W. I. and Znanieck , F in R - Pinker. Ibid. p. 198.

[2] Rimlinger. G. V. op. cit. p. 72.

وبالرغم من أن الرعاية افجتماعية لم تظهر لأسباب إنسانية فقط، فإن الدوافع الإقتصادية قد ساعدت على إتخاذ خطوات هامة نحو العمل الجماعي. ولكن هذا العمل الجماعي لم يتمكن من إقامة نظام شمولي أو إلزامي للضمان الإجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية بسبب إنتشار المبادىء والقيم الليبرالية وخاصة في الحياة السياسية. وعلى العكس من ذلك، ساعد التطور الديمقراطي الذى شهدته بريطانيا نهاية القرن التاسع عشر على بلورة مفهوم جديد للرعاية الإجتماعية يعبر عن إحتياجات ومطاليب الطبقات الدنيا في المجتمع وبطريقة منظمة عن طريق الإتحادات المهنية وحزب العمال فيمرحلة لاحقة. بينما كان للديمقراطية في الولايات المتحدة الأمريكية تأثير معاكس حال دون صدور برامج الضمان الإجتماعي. فالدستور الأمريكي منح المواطن حقوقا شاملة تمكنه عن طريق المحاكم من مواجهة السلطات الحكومية في حالة الإعتداء على حقوقه. وقد أحبطت هذه الحقوق جميع الجهود الحكومية الرامية إلى رفع الضرائب الخاصة بتمويل نشاطات الرعاية افجتماعية. وقد ظهرت خلال هذه المرحلة ونتيجة للجهود التي بذلها العمال، الإتحادات والنقابات المهنية بهدف توفير الحماية لهم. ولهذا كانت الإتحادات والنقابات المهنية معادية لفكرة الحماية الإلزامية التي تقدمها الحكومة، لأنها تضعف من سيطرة تلك الإتحادات على الطبقة العاملة وتزيد من إعتماد العمال على الحكومة الفيدرالية. ولذلك فإن البرامج الوحيدة التي وافق عليها الإتحاد الأمريكي للعمل في مطلع القرن العشرين هي تلك التي تستهدف الفقراء من غير النشيطين إقتصاديا في قوة العمل كما في البرامج الخاصة بمعاشات المسنين.

وقد كان للكساد الإقتصادى الذى حدث في الثلاثينات من هذا القرن دور كبير في سياسات الرعاية افجتماعية وخاصة الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك لعدم كفاءة تلك السياسات في توفير الضمان اللازم للمواطنين. فالنمط الأساسي للمساعدات العامة في الولايات المتحدة الأمريكية كان يعتمد على بيوت الإحسان والصدقة. ولم تكن مهمة هذه البيوت حماية الأعداد الكبيرة من العمال الذين

تعرضوا لبعض المخاطر وخاصة إنقطاع الدخل في مرحلة ما بعد التنيع. وهناك بعض البرامج الخاصة برعاية المسنين وخاصة معاشات الشيخوخة التي أكدت عليها التشريعات الصادرة قبل حدوث الكساد الإقتصادى وذلك نتيجة لزيادة عدد المسنين من السكان. إلا أن هذه البرامج كانت إختيارية ولم تطبق إلا على نطاق محدود. ولكن عدم قدرة المجتمع الحضرى على توفير الحماية اللازمة للأعداد المتزايدة من العمال الذين بلغوا سن التقاعد، وإرتفاع تكاليف بيوت الفقراء، كان حافزا على تقديم البرامج الخاصة بالمعاشات والتأمين الإجتماعي ضد الحوادث المهنية. وهكذا ساد تدريجيا الإيمان بعدم كفاءة المنهج التقليدى الفردى في علاج المشكلات الإجتماعية في المجتمع الصناعي، وتم الإتفاق على مبدأ مسؤولية الحكومة الوطنية في توفير برامج الضمان الإقتصادى. ومع ذلك ظل الأمريكان مؤمنين بأهمية قيم العمل والإنجاز والكافأة بدلا من الإعتماد على المساعدة حتى في الحالات التي تكون فيها البطالة متفشية. ولهذا أكد قانون الضمان الإجتماعي الذى أصدره روزفلت عام 1935 على أهمية العنصر التعاقدى بدلا من فكرة الحقوق الإجتماعية(1). وبمعنى آخر فإن مشاركة الفرد في الضمان الإجتماعي ذات الصفة الجماعية لم يعد كما كان في السابق قرارا فرديا، وهذا يعتبر خروجا على الفلسفة الفردية التقليدية. إلا أن المشاركية الإلزامية تعني الحفاظ على فكرة كون الرعاية الإجتماعية حقا فرديا مكتسبا، وذلك يتناقض مع مفهوم السيطرة الحكومية. وبهذه الطريقة ستكون برامج المساعدة الإجتماعية نتاجا لجهود الأفراد. وأن ما يقدم لهم من خدمات يعتبر حقا طبيعيا لسنوات طويلة من العمل الجاد وليس صدقة أو إحسانا(2).

---

(1) Ibid. pp. 222. 24.

(2) Roosevelt , F. D.in G. V Rimlinger. op - cit. p. 213.

وهكذا يعتبر المشروع الجديد والإصلاحات الإقتصادية والإجتماعية التي قام بها روزفلت للفترة بين (1933 – 1935) بمثابة الخطوة الأولى في تاريخ أمريكا نحو تحقيق الرعاية الإجتماعية ذات الطابع الجماعي. إلا أن قانون الضمان الإجتماعي لعام 1935 لم يكن شموليا وموحدا على المستوى القومي، فالبرامج كانت متباينة في شموليتها بين الولايات المتحدة باستثناء برنامج واحد وهو معاشات الشيخوخة كان ذا طبيعة قومية موحدة. وتتمتع كل ولاية بموجب الدستور الأمريكي بدرجة عالية من الحرية في مجال إلإنفاق الإجتماعي العام، بينما تقدم الحكومة الفيدرالية الحوافز المالية للولايات بهدف تحقيق التعاون والوصول إلى سياسات موحدة للرعاية الإجتماعية على مستوى الولايات. وقد نجم عن هذا التخطيط المحلي وما تتمتع به الولاية من إستقلال عن السلطة المركزية، تفاوت كبير في مستوى المنافع والخدمات بين الولايات. ويتضمن القانون الفيدرالي للضمان الإجتماعي الصادر عام 1935 البرامج التالية:

1- برامج التأميم الإجتماعي ضد الشيخوخة وضمان معاشات للعاطلين عن العمل.
2- برامج المساعدات العامة وتتضمن مساعدات المسنين، المكفوفين، الأيتام. أما العاجزون كليا عن العمل فقد تم شمولهم في مرحلة لاحقة بموجب التعديلات.
3- البرامج الصحية لتوفير خدمات الرعاية الصحية للأم والطفل وخدمات التأهيل المهني والصحة العامة.

وأدت التعديلات التي أجريت على قانون الضمان الإجتماعي عام 1939، إلى زيادة افهتمام بالأسرة وصدور التشريعات الخاصة بتوفير الحماية اللازمة لها، عن طريق إتساع البرامج لتشمل جميع الأفراد الذين تتكفل الأسرة برعايتهم. وخلال الفترة الممتدة بين عام 1939 و1950 لم يحدث أى تغيير على القانون وخاصة على مستوى الرواتب والسعار للأسر الفقيرة. وإستطاع ترومان (Truman) في

مرحلة ما بعد الحرب للسنوات (1946 – 1952) عن طريق ما يسمى بالمشروع الإقتصادى، من توفير ووحدات سكنية مقابل بدل إيجار منخفض نسبيا، وإجراء بعض التعديلات على أهلية المواطن وأحقيته ببرامج الضمان الإجتماعي. وصدر عام 1965 برنامج خاص بالرعاية الصحية أكد بأن القيم الفردية ما زالت سائدة في سياسات الرعاية الإجتماعية، بحيث كان التأمين للعلاج بالمستشفيات هو الوحيد إلزاميا.

وربما يعتبر التطور الأكثر أهمية في مجال العاية افجتماعية خلال السنوات الأخيرة في الولايات المتحدة الأمريكية هو النضال المرير للسود ومطالبتهم بالحصولعلى نصيبهم من الرفاه القومي. وتعتبر أحداث لوس أنجلس عام 1992 وما نجم عنها من تمرد وعنف وأعمال تخريب بمثابة رد فعل طبيعي على تردى ظروفهم وأحوالهم الصحية والمعاشية،دفع بالتالي الحكومة المركزية إلي الإهتمام بالرعاية الإجتماعية وتحسين ظروف المعيشة في الأحياء السكنية المتخلفة وإعادة النظر في الحقوق الإجتماعية لجميع الأقليات والفئات.

الرعاية الإجتماعية في الإتحاد السوفييتي سابقا:

كان موضوع الحماية الإجتماعية في روسيا القيصرية، كما هو الحال في أغلب المجتمعات خلال المرحلة التي سبقت ظهور الثورة الصناعية نوعا من النشاط الذى تحدده العلاقات افجتماعية التقليدية على المستوى المحلي ويخضع لإشراف النظام افقطاعي. فكان القيصر الذى يحتل قمة الهرم افجتماعي بمثابة الأب الذى يحمي الناس مقابل ولائهم المطلق وطاعتهم له. ولكن على المستوى العملي كانت النشاطات الخاة بتوفير الدعم والمساعدة من مسؤولية القرية وتحددها العلاقة القائمة بين مالك الأرض والفلاح إضافة إلى الإلتزامات القرابية وأهلية الفرد في المساعدة. ويتم تقديم الدعم عن طريق تقسيم القرية إلى وحدات أو مجموعات إدارية وبمساعدة كبار السن أو الوجهاء في القرية كرؤساء الأسر الممتدة. أما

بالنسبة للحالات الخارجة عن إطار هذه الشبكة فيتم إعتمادهم على الجمعيات الخيرية أو أعمال البر والإحسان.

وخلال القرن السابع عشر ومطلع القرن الثامن عشر ن أدى إنتشار الأفكار والسياسات التجارية إلى تطبيق الإجراءات الرادعة والقسرية على الفقراء الذين يتقدمون بطلب المساعدة وعلى غرار التجارب الأوروبية خلال تلك الفترة. وقد بدأت مسؤولية الدولة الرسمية عن رعاية الفقراء في عهد (Peter) الذى أقر مسؤولية المجتمع في توفير المساعدة العامة، وحمل السلطات المحلية مسؤولية توفير العمل اللازم للعاطلين وفرض أقسى العقوبات على الأفراد الذين يمتنعون عن العمل.

وخلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر جاء الاكسندر الثاني بسياسات قومية جديدة تستهدف تحديث روسيا والتخفيف من الإجراءات القسرية. إلا أن سياساته هذه لم تحقق الفائدة الإقتصادية والإجتماعية المرجوة. ويمكن إعتبار القرار الخاص بتحرير عبيد الرض عام 1861 من أهم الإصلاحات التي جاء بها الإمبراطور آنذاك. وقد ترتب على هذا القرار أن أصبح أكثر من (20) مليون فلاح مواطنين أحرارا وتم توزيع الأراضي الزراعية عليهم. إلا أن هذه الحرية قد عرضت الضمان الإقتصادى للفلاح لبعض المخاطر، ففي الوقت الذى قامت فيه الدولة بتعويض مالكي الأراضي عن ما فقدوه من أرض، صار الفلاح يعاني من مشكلة الإعباء المترتبة على تحريره وحصوله على الأرض. فقد كان تسديد الديون أمرا مستحيلا في وقت يتميز بإنخفاض المحصول الزراعي. وهكذا كانت الإجراءات التي إتخذتها الدولة في توزيع الراضي الزراعية على الفلاحين فاشلة ولم توفر الحد الأدنى لمعيشة الفلاح. ومن الآثار الأخرى المترتبة على تحرير الفلاحين فقدانهم المصدر التقليدي للحماية الإجتماعية المتمثل بالعلاقات القرابية والدعم المتبادل الذى كانت توفره القرية سابقا. وقد إستبدلت الأنماط لبقديمة للمساعدة والدعم وحلت محلها علاقات جديدة قائمة على إقتصاد السوق. وقد نجم

عن إنخفاض مستوى معيشة الفلاح في الريف وزيادة الطلب على العمل الصناعي، حركة عمل كبيرة وغير متوقعة بإتجاه المدينة. زقد بذلت الدولة الكثير من الجهود للتعجيل بالنمو الصناعي وتطوير افقتصاد الروسي. ولم تكن في روسيا آنذاك، حال الإمبراطورية الألمانية، طبقة وسطى تدعو لإجراء إصلاحات إقتصادية وإجتماعية، وإنما كانت تعرف ببلاد الفلاحين والملاك الإقطاعيين. وقد قامت الثورة الصناعية بالأساس على جهود العمال الذين كانوا أصلا من الفلاحين الذين تركوا العمل الزراعي وإتجهوا صوب المدينة. ولم تكن البلاد في تلك المرحلة قد تطورت بالشكل الذى يمكنها من مواجهة المشكلات افجتماعية الناجمة عن التحول السريع والمفاجيء.

لقد أدى القرار الخاص بتحرير عبيد الرض إلى تنظيم المسؤولية العامة للمجتمع تجاه الفقراء. وتم عام 1864 إنشاء العديد من المجالس المحلية في مختلف المدن والولايات لتتولى مسؤولية توفير الخدمات الإجتماعية في مجالات مختلفة منها على سبيل المثال مساعدة الفقراء والصحة العامة وقطاع التربية والتعليم. وبالرغم من الجهود التي بذلتها تلك المجالس في توسيع نطاق الخدمات الإجتماعية، فإنها كانت تعاني من نقص الموارد والإمكانيات المادية، ولهذا فشلت في تحقيق أى تقدم في نظام الرعاية الإجتماعية الروسي آنذاك. ومن الأسباب التي أدت إلى فشل السلطات المحلية هو أن روسيا كانت تفتقر لنظام الضرائب وتنقصها الخبرة والكفاءة الإدارية التي يتطلبها تقديم أى برنامج للرعاية الإجتماعية أو إدخال إصلاحات إجتماعية جديدة. ثم إن استخدام نظام خاص بالضرائب كوسيلة لإعادة توزيع الثروة لا يمكن أن يتحقق بدون مساعدة السلطة المركزية وهذا ما كانت تفتقره روسيا[1].

---

[1] Pinker. R. op. cit. p - 140.

وبالرغم من أن الثورة الصناعية بدأت متأخرة في روسيا، فإن ما أحدثته من تطور خلال العقد الأخير من القرن التاسع عشر كان سريعا ومفاجا. فالصناعة لم تحل محل الزراعة كأساس للإقتصاد السوفييتي، وعلى النقيض من الولايات المتحدة الأمريكية، كانت روسيا آنذاك مهيأة لتوفير الحماية اللآزمة للعمال الصناعيين لأن قدرة الدولة على تحقيق الإنتعاش الإقتصادى تتوقف على مستوى ودرجة التطور الصناعي، ولذلك كانت مصلحة الدولة تقتضي إنهاء الإضرابات السياسية للعمال أو التخفيف من حدتها. زهكذا تزامن تقديم بعض البرامج المحدودة للتأمين الإجتماعي مع المراحل الأولى للتصنيع. ففي عام 1866 صدر القرار الخاص بتقديم العلاج الطبي المجاني لعمال المصانع (رغم أن هذا القرار لاينص على فرض غرامات على المنشآت التي لا تلتزم به). وصدر في عام 1903 قانون خاص بالتأمين ضد الحوادث. وفي عام 1912 صدر قانون التأمين الإجتماعي بمعاشات الشيخوخة (ويقتصر على العمال الحكوميين).

وكانت التشريعات الصادرة في مطلع القرن العشرين تعتمد أساسا على فكرة التأمين الإجماعي في ألمانيا. وتعتبر تشريعات العمل الروسية متقدمة نسبيا بالمقارنة مع أغلب البلدان الآخذة بالتصنيع خلال تلك الفترة[1]. إلا أن مجال ونطاق الرعاية الإجتماعية كان محدودا بحيث لا ينطبق إلا على العمال في المصانع لكبيرة. ولم تتجاوز نسبة العمال المشمولين بقوانين التأمين الإجتماعي لعام 1903 و1912 أكثر من 20 % من مجموع القوة العاملة، كما أن هذه التشريعات لا تشمل كبار السن والعاطلين عن العمل[2]. وكان من نتائج الإهتمام الذى توليه الدولة لموضوع التحول الإقتصادى وتطوير القاعدة الصناعية، أن صدرت الكثير من القرارات للتقليل من فائض العمالة الريبة وجذب العمال إلى المناطق الحضرية.

---

[1] Szamuely , T. in R. Pinker. Ibid. p - 142.

[2] Milligan , S. in Ibid. p - 142.

ولها ايد (Witte) الذى كان يشغل منصب وزير المالية للفترة (1892 – 1903)، وأول رئيس وزراء في روسيا عام 1905، فكرة إدخال إصلاحات إجتماعية محدودة يمكن أن تستفيد منها الطبقة العاملة في المناطق الحضرية، كما في تحديد ساعات العمل اليومي من خلال القانون الصادر عام 1897 بينما لم يحظ الفلاحون بمثل تلك القرارات[1].

والمعروف أن النظام السياسي الروسي كان يفتقر إلى الوسائل التي تستطيع من خلالها جماعات المصلحة التعبير عن حالة التذمر. وعلى النقيض من البلدان الديمقراطية، كان التعبير عن حالة الإستياء يتم عبر التنظيمات العمالية. ولهذا عم السخط بين الطبقات العمالية وإمتدت الإضطرابات لتشمل جميع أنحاء الإمبراطورية. وإتخذت الدولة اجراءات قمعية صارمة للتصدى لتلك الإضطرابات وإخمادها. وقد عبر الفلاحون عن سخطهم وتذمرهم من خلال مشاركتهم في الإضرابات وأعمال العنف. ولعب المثقفون والعمال الفنيون دورا مهما في تنظيم وقيادة الإضرابات، وكانت النتيجة أن إضطرت الدولة عام 190 إدخال إصلاحات زراعية كانت بمثابة محاولة من قبل السلطات لإسترجاع ثقة الفلاحين وكسب ولائهم من جديد عن طريق تقديم الحوافز المادية المتمثلة بالملكية الخاصة. وكان القصد من ذلك خلق طبقة من الفلاحين الأثرياء لرفع مستوى الإنتاج الزراعي وتشجيع حركة العمل[2]. ولكن هذه افصلاحات لم تنه حالة السخط والتذمر، وإستمرت التحديات المفروضة على الحكومة آنذاك، ونتشرت أعمال القمع والإعتقالات بحيث لم بعد النظام السياسي التقليدي في روسيا بقيـــادة نقولاى الثاني (Nicholas) ينسجم ومتطلبات المجتمع الجديد. ومما زاد من معارضة الناس للحومة آنذاك رفض نيقولاى إقامة دستور للبلاد، ومعاناة الناس من الضرائب التي

---

(1) Pinker , R. op - cit. p - 144.

(2) Ibid. p - 153.

أثقلتهم، إضافة إلى الصعوبات التي كان يواجهها العمال الصناعيون. ويضاف إلى ذلك فإن فشل النظام في الحرب العالمية الأولى كان السبب المباشر للثورة عام 1917.

وقد ساعدت الثورة البلشفية في روسيا عام 1917 على إقامة نظام إجتماعي جديد يقوم على مبدأ المساواة الإجتماعية للأفراد في الدولة البروليتارية. وقد أعلنت الدولة السوفييتية عن إقامة نظام شمولي للضمان الإجتماعي يكون بمثابة الحق لأساسي للمواطنين. ولكن من الناحية العملية، أصبحت برامج الضمان بمثابة أدوات بيد الحزب الحاكم لتحقيق سيطرته الكاملة على القوة العاملة وزيادة اعتماد المواطن على الدولة[1]. وعلى هذا الأساس إستغل الحزب الشيوعي برامج الضمان الإجتماعي والأجهزة الإدارية لتوزيع المنافع، لتحقيق أغراض سياسية بحتة.

وظهرت الخطوات الأولى في مجال الضمان الإجتماعي وتوفير الرعاية الشاملة لجميع العمال من قبل الدولة بعد الثورة مباشرة وكان ذلك عام 1918. فقد سيطرت الدولة على جميع النشاطات الصناعية والتجارية وتمت مصادرة جميع ممتلكات الكنيسة والمعارضين الثوريين. ورغم الجهود المبذولة من قبل الدولة لضمان حالة السلم والمحافظة على الإستقرار السياسي، فإن محاولاتها الرامية لتطبيق الإشتراكية في المجتمع قد تم التصدى لها ومقاومتها. ولها تطب الأمر وبتأثير الوضع افقتصادى المتردى، تغيير السياسة الإجتماعية القائمة. وقد تسببت الأزمة الإقتصادية التي واجهتها الحكومة إلى إجراء بعض التعديلات في الواقع السوفييتي من قبل الحزب الشيوعي تتمثل في ظهور سياسات إقتصادية جديدة، تخلت الدولة بموجبها عن سيطرتها الكاالمة على الصناعة وسمحت بتطبيق سياسات تجارية محدودة. ولذلك كان من صالح الدولة توفير التشريعات الخاصة بالحماية الإجتماعية للعمال لضمان السيطرة على القوة العاملة. ومن هنا كانت مصالح

---

(1) Rimlinger , G. V. op. cit. p - 340.

الحزب الحاكم في الإتحاد السوفييتي وعلى الدوام العامل الحاسم في صياغة برامج الضمان الإجتماعي[1].

وقد ساهمت قوانين العمل الصادرة عام 1922 في توفير التأمين الإجتماعي الشامل لجميع الفراد العاملين، ولو أن مستوى المنافع وشروط الإستحقاق تختلف بين الأفراد بحسب الأسباب التي تحول دون قدرتهم على كسب العيش، كما ويعامل العاطلون عن العمل بطريقة مختلفة عن بقية فئات المجتمع. وصدر عام 1928 قانون جديد لمعاشات الشيخوخة يؤكد ولأول مرة على تطبيق سجل العمل كإجراء له أهدافه لمعرفة مدى مشاركة الفرد في بناء الدولة. وتستهدف برامج الرعاية الإجتماعيةالتي تضمنتها السياسة الاقتصادية الجديدة خلق الظروف الملائمة لتنظيم قوة عاملة مدربة وماهروخاصة في المشاريع التي تعود للدولة. وتستثني تلك السياسة الأفراد الذين لا يساهمون في بناء الدولة الإشتراكية.

وشهد الإتحاد السوفييتي بين عامي 1928 – 1956 عملية تصنيع سريعة وتغيرات إجتماعية مفاجئة نتيجة لتدخل الدولة اللامحدود. حيث بدىء ومنذ عام 1928 بتنفيذ السياسات الإقتصادية التى جاء بها ستالين (على شكل خطط خمسية) وإتجهت هذه السياسيات نحو تحقيق الإشتراكية وبناء المجتمع الجديد. وكان الهدف وأحكام سيطرة الدولة عاى الجوانب الإقتصادية والإجتماعية عن طريق التخطيط المركزى[2].

وقد نجم عن التحول من المجتمع الزراعي إلى المجتمع الذى يعتمد على الصناعة شأنه شأن بقية البلدان في تلك المرحلة من التطور، الكثير من المشكلات المرتبطة بحركة فائض العمالة غير الماهرة. مما تطلب تدخل الدولة لوقف هجرة العمالة الريفية إلى المدن وإعادة تنظيم العمل في مجالات الصناعة الثقيلة التي تخدم

---

[1] Ibid. p- 9.

[2] Myrdal , G. " Beyond the welfare state. op. cit. p - 88.

الأغراض الإقتصادية للدولة. وقد إستمرت السلطات السوفييتية بإستخدام الضمان الإجتماعي كوسيلة لتحقيق سيطرة الدولة على القوة العاملة وتحقيق الأهداف السياسية والإقتصادية. كل ذلك كان عبارة عن إجراءات مهمة لتأجيل برامج الرعاية الإجتماعية والتريث في إدخال أى تحسينات على مستوىمعيشة المواطنين[1]. وهكذا إستمرت السياسة السوفييتية في عهد ستالين بالتركيز على التطور الصناعي لضمان توفير القاعدة الإقتصادية التي يتطلبها بناء الإشتراكية[2].

وقد عكست التشريعات الخاصة بالتأمين الإجتماعي والصادرة في الثلاثينات إنحيازا واضحا ضد العاطلين عن العمل، وإعتبرت المرض السبب الوحيد والمشروع الذى يحول دون قدرة الفرد على العمل. كما إستخدمت الدولة الإجراءات الصارمة ضد أولئك الذين يرفضون العمل، وصدر عام 1940 قانون يقيد حرية العامل وحركته. وكان القانون الصادر عام 1938 قد حدد الشروط اللازمة للحصول على المنافع والمعاشات من خلال سجل العمل. وقد لعبت الحوافز المادية وبرامج وخدمات الرعاية الإجتماعية دورا مهما في تحقيق السياسات الإقتصاديةوالإجتماعية في المجتمع السوفييتي ومن ذلك تقديم العلاج المجاني وإعطاء أولوية خاصة للعاملين في الصناعات الأساسية للإقتصاد العام للدواة.وكذلك تقديم الحوافز المادية للنساء العاملات وتشجيعهن على العودة إلى العمل بعد إنتهاء فترة الأمومة. وقد تطورت العلاقة بين السرة والدولة عن طريق توفير برامج وخدمات الرعاية الإجتماعية كوسيلة للكسب السياسي والتعبير عن الأيديولوجية الجديدة. وعلى هذا الساس ظهرت فئة جديدة من المواطنين الذين يتمتعون بإمتيازات سياسية وإقتصادية نتيجة لولائهم السياسي ولأن النظام كان يفتقر للدعم والتأييد. وهكذا إستخدم النظام السياسي الخدمات الإجتماعيةلأغراض دعائية

---

(1) Pinker, R.op. cit. p - 166.

(2) Rimlinger , G.V. op. cit. p - 166.

وتحقيق الولاء السياسي للمواطنين[1]. فالأفراد الموالون للحزب الشيوعي تتم مكافأتهم من خلال برامج ومنافع الرعاية الإجتماعية، بينما يعاقب الأفراد المعادون لأهداف الحزب عن طريق حرمانهم من الحماية الإجتماعية. وقد إستمر حرمان الفلاحين في المزارع الجماعية (الكولخوزات) من الضمان الإجتماعي حتى عام 1960.

إن سيطرة الدولة على القوة العاملة لم تأت فقط من خلال التحكم بالمنافع والخدمات الإجتماعية، وإنما عبر الهياكل التنظيمية والإدارية لبعض الأجهزة، فبرامج التأمين الإجتماعي كانت خاضعة لإشراف الإتحادات والنقابات المهنية وهذه الإتحادات والنقابات تخضع لسيطرة الحزب الشيوعي.

وبعد وفاة ستالين عام 1953 بدأ الإتحاد السوفييتي مرحلة جديدة من التطور افقتصادى والإجتماعي أثرت بالتالي على سياسة الدولة في مجال الضمان الإجتماعي. ومن أبرز التطورات التي شهدها الإتحاد السوفييتي آنذاك الإهتمام بنوعية القوة العاملة، فقد حاول افتحاد السوفييتي، كما في البلدان الصناعية الغربية، تطبيق سياسات الإستخدام الأمثل للموارد البشرية عن طريق توفير الخدمات الصحية، والإهتمام بتعليم العمال وتدريبهم وإعادة توزيعهم على مختلف فروع الإنتاج. وتتضح هذه السياسة من طريقة تنظيم وسائل حصول المواطن السوفييتي على الخدمات اللازمة في مجال التعليم والرعاية الصحية والإجتماعية[2]. ويبقى التأكيد على تقديم الحوافز والمنافع من الأمور المهمة في سياسة الدولة لتشجيع العمال على القيام ببعض الأعمال الشاقة أو المحفوفة بالمخاطر كما في عمال المناجم أو العمل في المناطق النائية والواقعة فيأقصى الشمال.مع أن الإتجاه الذى كان سائدا هو الربط بين المنافع التي يحصل عليها الفرد والمدة التي قضاها في العمل.

---

(1) Pinker , R , op. cit. p-166.

(2) Osborn , R. J. " Soviet social policies " (Ilinois , the Dorsey Press) 1970. p. 56.

ومنذ عام 1960 تم تطبيق الكثير من القوانين والبرامج الخاصة بالرعاية الإجتماعية ففي عام 1964 إستطاعت الدولة تحسين برامج التأمين الإجتماعي الخاص بالمعاشات والعمل على تطويرها لتشمل الفلاحين العاملين في المزارع الجماعية. والإتجاه المهم في هذا التوسع والشمول هو أن تلك البرامج شملت المتقاعدين والنساء العاملات. وهذه افصلاحات الخاصة بالمعاشات تعكس مدى إهتمام الإتحاد السوفييتي بالجانب الإقتصادى نتيجة لنقص الأيدى العاملة.

إن السياسات الخاصة بالعمل في الكثير من البلدان الصناعية مثل بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية كانت تسير بإتجاه حث العمال وإرغامهم أحيانا على التقاعد في مرحلة عمرية معينة. إلا أن تزايد نسبة العمال ممن هم في سن التقاعد من مجموع القوة العاملة في الإتحاد السوفييتي كان له مردود معاكس. فتدني مستوى المعاشات قبل عام 1956 لم يشجع كبار السن على ترك العمل. أما القانون الصادر عام 1956 فقد أدخل تحسينات نوعية وكمية على المعاشات، يتحدد بموجبها مستوى المعاش في ضوء ايرادات الفرد وذلك لتشجيع الناس على الإستمار في العمل. وتضمن القانون الصادر عام 1964 تقديم الحوافز المادية للمتقاعدين وتشجيعهم على عدم ترك العمل، والسماح لهم بالإحتفاظ بنسبة 50 % على القل من أجورهم للمعاش. كما حصلت زيادة في الأجور تقدر بـــ25 % في محاولة لتشجيع النساء العاملات على الإستمرار في العمل. وبهذه الطريقة إستطاعت الدولة الإحتفاظ بما يقرب من مليون عامل متقاعد كعنصر إنتاجي في قوة العمل[1].

وتعتبر معاشات الشيخوخة والعجز والوفاة في الإتحاد السوفييتي محور التشريعلت الخاصة بالضمان الإجتماعي. وتمنح معاشات الشيخوخة لكبار السن بعد فترة من العمل تقدر بـــ25 عاما بالنسبة للرجال و20 عاما بالنسبة للنساء، وتصرف المعاشات بغض النظر عن حالة المستفيد الصحية. وتحدد هذه التشريعات

---

[1] Ibid. p - 76.

سن التقاعد بـــ60 سنة للرجال و55 سنة للنساء. وتمنح معاشات العجز للعمال والموظفين في حالة عجزهم. وهناك ثلاثة أنواع من الفئات المستحقة للمعاش بحسب درجة العجز تقدرها لجنة مختصة من الأطباء والخبراء في مجال الطب المهني وممثل عن النقابة وأجهزة الضمان الإجتماعي. وتمنح معاشات الوفاة لأفرادالأسرة غير القادرين على العمل في حالة فقدان المعيل. ويستمر صرف المعاش حتى بلوغهمسن السادسة عشر وستمر حتى الثمنة عشرة بالنسبة لتلاميذ المدارس.

وهكذا شهد الضمان الإجتماعي في الإتحاد السوفييتي تطورا ملموسا تلبية لمتطلبات التوسع الصناعي الذى تعتبره السلطات السوفييتية الهدف المركزى في سياساتها الإقتصادية والإجتماعية. وكان للضمان الإجتماعي في الإتحاد السوفييتي نفس الدور الذى تؤديه نظم الحماية الإجتماعية في بقية البلدان الصناعية. إلا أن الغرض من الحماية الإجتماعية السوفييتية هو التعبير عن أهداف الدولة ومصالحها وليس مصالح الجماعات.وعلى العكس من ذلك،فإن النظام الديمقراطي يعبر عن مصالح تلك الجماعات وتستجيب الدولة في إجراءاتها العامة لمطالب تلك الجماعات. وعلى هذا الأساس كانت برامج الرعاية الإجتماعية في الإتحاد السوفييتي مغايرة تماما في مضمونها وفلسفتها لبرامج الرعاية الإجتماعية في المجتمعات الديمقراطية وخاصة بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية. ويبقى الشيء الوحيد الذى يتفق عليه واضعوا السياسة الأمريكية والسوفييتية هو إستخدام مستوى الأجور ومدة العمل كمعيار أساسي لتحديد مستوى المنافع وخدمات الرعاية الإجتماعية[1]. فالضمان الإجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية يعتمد بالأساس على مبدأ التعاقد الذى يتم في السوق الإقتصادى الحر، ويكون التأكيد على مشاركة العامل ودخوله للسوق لضمان دخل معيشي ثابت لنفسه وتأمين إستقلاله من الدولة. أما في الإتحاد السوفييتي، فالدولة تسيطر سيطرة تامة ومركزية على الدخل وتقوم

---

(1) Ibid. p. 69.

بتوفير منافع وخدمات الرعاية الإجتماعية دون الحاجة إلى مشاركة الفرد. وهكذا إستطاعت الحكومات السوفييتية إستخدام الضمان الإجتماعية كوسيلة لتحقيق أغراضها الخاصة بالحزب الشيوعي وزيادة إعتماد المواطن على الدولة.

الفصل الثالث

الخدمة الاجتماعية كممارسة مهنية

ويتكون من:

1. مفهوم الخدمة الإجتماعية.
2. مبادىء الخدمة الإجتماعية.
3. الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية.
4. السمات المهنية للخدمة الإجتماعية.
5. الأهداف الأساسية للخدمة الإجتماعية.
6. الخصائص العامة للخدمة الإجتماعية.
7. السلوك المهني للأخصائي الإجتماعي.
8. العمليات المهنية للأخصائي الإجتماعي.
9. العناصر الأساسية للخدمة الإجتماعية.
10. مناهج الخدمة الإجتماعية.
11. الطرق الثانوية للخدمة الإجتماعية.

الفصل الثالث

الخدمة الإجتماعية كممارسة مهنية

1- مفهوم الخدمة الإجتماعية:

يتمثل الغرض الرئيسي للخدمة الإجتماعية في تحرير طاقات الإنسان وإزالة كافة العراقيل التي تحول دون تحقيقه للأهداف الشخصية والمجتمعية العامة، إضافة إلى توفير الفرص اللازمة التي تستهدف إيجاد ذلك النوع من المجتمع والمؤسسات الإجتماعية، أو السياسة الإجتماعية التي تمكن الإنسان من تحقيق ذاته. وهناك مبدأين أساسيين لتحقيق ذلك الغرض تتجسد في إحترام قيمة وكرامة الإنسان والإهتمام بما لديه من فرص تمكنه من المشاركة الإجتماعية.

وهناك العديد من الصعوبات التي تحول دون إعطاء تعريف محدد وواضح للخدمة الإجتماعية كممارسة مهنية. ولا شك فالخدمة الإجتماعية تهتم بعلاج العديد من المشكلات التي تظهر في مختلف المجالات والتصدى لها. إذ أنها تعمل في مختلف المؤسسات وبمختلف البرامج وتحت رعاية العديد من الأجهزة والهياكل الإدارية وتتلقى مختلف أنواع الدعم والمساعدة. كما أن العمليات الخاصة بالخدمة الإجتماعية سواء الموجهة نحو الأفراد أو الجماعات او المجتمعات أو تلك التي تستهدف تسهيل إدارة برامج الرعاية الإجتماعية، جميع هذه العمليات تختلف عن بعضها بطرق وإشكال متعددة.. وهذا الإختلاف يحول دون إيجاد القاعدة التي تستند إليها الخدمة الإجتماعية كمهنة لها قيمها وإطارها المعرفي وأهدافها المشتركة وعموما هناك العديد من التعريفات التي تناولت موضوع الخدمة الإجتماعية والتي وضع دعائمها الرواد الأوائل للخدمة الإجتماعية ومنهم كينيث (Kenneth) التي تعرف الخدمة الإجتماعية بأنها " أداة إجتماعية بناءة تقوم بدور مهم في المجتمع الحضارى المخطط، لأنها موجهة نحو مساعدة الأفراد في حل مشكلاتهم الناجمة عن تغير علاقاتهم ببعضهم وبالمجتمع ككل وفي نفس الوقت تعديل وتغيير الظروف

التي يعيشها الأفراد والعمل على تكييف الخدمات المقدمة لهم حسب حاجاتهم الحقيقية التي تحدد نوعية حياتهم[1].

والخدمة الإجتماعية وفق هذا المفهوم تنطوى على العديد من الأهداف وخاصة المتمثلة بتحرير طاقات الفرد حتى يتسنى له تحقيق مفهوم الذات[2]. ففي عالمنا المعاصر الذى يتميز بالتغير المستمر للعلاقات بين الإنسان ومجتمعه، يحتل الإنسان وعلاقته بالمجتمع مركز إهتمام الخدمة الإجتماعية... ويتمثل هذا الإهتمام بعملية النهوض بمستوى رفاهية الناس، وتوفير الفرص اللازمة لتحقيق أهدافهم، وتطوير القيم والعادات والمؤسسات التي تساهم في تحقيق الرفاهية وإدراك الذات لجميع الأفراد.

وتوضح هيلين (Helen Witmer) الطبيعة الأساسية للخدمة الإجتماعية وإهتماماتها المركزية إذ تقول "إن وظيفتها الأساسية تتمثل في تقديم المساعدة اللازمة للأفراد لمواجهة الصعوبات التي تواجههم والعمل على إشباع حاجاتهم الأساسية"[3]. وتضيف هيلين (Helen. W) بأن الخدمة الإجتماعية كمؤسسة تقدم الخدمات اللازمة لبقية المؤسسات الإجتماعية، وهذا الإعتماد المتبادل للمؤسسات يعتبر الخاصية المميزة للبناء الإجتماعي ككل... ولكن الخدمة الإجتماعية وحدها التي تمتلك القدرة على جعل العمل الذى تقوم به بقية المؤسسات أكثر فاعلية، وهي تعني من خلال ذلك، الإهتمام الذى توليه الخدمة الإجتماعية بالإنسان وإنعكاسات ذلك على عمله داخل التنظيم.

---

(1) Pray , Kenneth L. M . "The roleof Professional social work in the world today , " social work in a revolutionary age. pp. 33-34.

(2) Boehm , Werner , "Objectives for the social work curriculm of the future " , social work curriculm study , vol. 1.

(3) Witmer , Helen "Social work " . N. Y. 1942 - p - 121.

ويميز كارل (Karl de Schweinitz) بين مفهوم الخدمة الإجتماعية والخدمات الإجتماعية والرعاية الإجتماعية بقوله أن الخدمة الإجتماعية تعني "الاطار الخاص بالمعرفة والمهارات والأخلاقيات المستخدمة مهنيا في إدارة الخدمات الإجتماعية وتطوير برامج الرعاية الإجتماعية"[1].

وهكذا تتميز الخدمة الإجتماعية بإهتمامها الخاص بالعلاقة الإجتماعية بين الإنسان ومجتمعه وجعل هذه العلاقة متميزة بالنسبة للطرفين. وتتميز الخدمة الإجتماعية أيضا بإعتمادها على مجموعة من القيم والأطر المعرفية والطرق أو المناهج إضافة إلى المهارات التي يتطلبها العمل مع الإنسان ومجتمعه.

ومن التعاريف الأخرى التي تؤكد الغايات والأهداف الأساسية للخدمة الإجتماعية التعريف الذى جاء به وارنر بوهيم (Werner Boehm) الذى يؤكد بأن الخدمة الإجتماعية " تهدف إلى مساعدة الأفراد على تأدية وظائفهم الإجتماعية عن طريق الأنشطة التي تستهدف علاقاتهم الإجتماعية وعملية التفاعل بينهم وبين البيئة المحيطة. وتؤدي هذه الأنشطة ثلاث وظائف في علاج ما لحق بالأفراد من أضرار، تقديم الخدمات والوقاية من الأمراض الإجتماعية"[2]. ويبرز هذا التعريف الدور الوقائي والعلاجي للخدمة الإجتماعية، والمجال الخاص بالعمل والمتمثل بالعلاقات الإجتماعية بين الأفراد والجماعات والبيئة المحيطة وما ينجم عن ذلك من صعوبات تحول دون أداء الأفراد لوظائفهم الإجتماعية.

ويعرف فريد لاندر (Walter Friedlander) الخدمة الإجتماعية بأنها "خدمة مهنية تقدم أساسا على المعارف العلمية وإستخدام المهارات في مجال العلاقات الإنسانية تستهدف في نهاية الأمر مساعدة الأفراد أو الجماعات على تحقيق

---

[1] Quated by Karl de Schweinitz in "Ruth . E . S " Theory for social work pratice , N . Y . 1967. p. 3.

[2] Boehm , Werner , " The nature of social work " , social work , april , 1955.

رفاهيتهم وتنمية قدراتهم. وتمارس هذه المهنة داخل مؤسسات العمل الإجتماعي المعدة لهذا الغرض أو تحت رعاية مؤسسات أخرى لتكمل الخدمة الإجتماعية النشاطات التي تقوم بها تلك المؤسسات"[1].

وهكذا تتباين التعريفات بتباين المجتمعات والفلسفات السياسية والإجتماعية السائدة فيها، لدرجة صار من الصعب الإتفاق على تعريف واحد للخدمة الإجتماعية.

2- مبادىء الخدمة الإجتماعية:

يلتزم الإخصائي الإجتماعي في عمله مع مختلف وحدات الخدمة الإجتماعية بمجموعة من المبادىء التي تقوم عليها ممارسة مهنة الخدمة الإجتماعية. وتعتبر هذه المبادىء نتاج لتفاعل عدة عوامل ومتغيرات أفرزتها الخدمة الإجتماعية عبر مراحلها التطويرية المختلفة إضافة إلى خبرات الأخصائيين الإجتماعيين ومشاهداتهم اليومية في هذا الميدان.وهناك العديد من المبادىء المستخدمة في أدبيات الخدمة الإجتماعية والتي تختلف عن بعضها حسب الطرق والمجالات التي تعمل بها. إلا أننا سنركز على أهم هذه المبادىء وأكثرها شيوعا في المؤسسات التعليمية، ونعني بها تلك المبادىء المطبقة على طرق الخدمة الإجتماعية الثلاثة. أى التي نستخدمها في التعامل مع الأفراد والجماعات والمجتمعات ومن أبرز هذه المبادىء ما يلي:

1- المساعدة الذاتية:

ويعتبر هذا المبدأ أهم المبادىء ويعني مساعدة الفرد لنفسه أو الجماعة لنفسها، أو حتى المجتمع لنفسه. وهذه المساعدة الذاتية تتحقق بالنسبة للفرد حين يكون قادرا على تلبية متطلبات حياته اليومية بالإعتماد على نفسه. أما بالنسبة للمساعدة الذاتية للجماعة، فتتحقق حين تقوم جماعة من الناس بإشباع حاجة معينة

---

(1) Friedlander , Walter , " Introduction to social welfare " , 1955. p. 4.

في إحتياجاتها كجماعة أو التصدى لمشكلة ما عـن طريـق الجهـود المشـتركة للجماعة. وبالنسبة للمجتمع فهناك عدة وسائل يعتمدها في علاج مشـكلاته ومـن أبرزها التعاون والدعم المتبادل والمساعدة[1]. وتتوقف المساعدة الذاتيـة للجماعـة على الأعضاء أنفسهم والموقف الذى يوجد فيه الفرد كعضو في جماعة والمساعدة الذاتية سواء كانت فردية أو جماعية أو مجتمعية لا تتحقق إلا إذا تـوفرت بعـض الشروط ومنها على سبيل المثال معرفة وإدراك الموقف المحيط بالإنسـان حتـى يتسنى للفرد معرفة العوامل المحددة للموقف وبالتالي القيام بالعمل الملائم. إضـافة إلى تدريب وإعداد الناس على كيفية التصدى للموقف كما في عـلاج المشـكلات الإجتماعية[2].

2- التقبـل:

ويعني تقبل الإخصائي الإجتماعي للفرد أو الجماعة أو المجتمع الذى يتعامل معه وكما هو بدون أن تتدخل الإعتبارات الشخصية في إصدار الأحكام تجاه هـذه الأطراف ويعتمد الأخصائي الإجتماعي هذا المبدأ لمساعدة الطرف الآخر على حل المشكلات. ويكون هذا التقبل في جانب الأخصائي الإجتماعي من خلال العديد من المظاهر السلوكية المتمثلة في إحترام شخصية الفرد وإحترام ما يصدر عنـه مـن آراء. ولكن هذا التقبل لا يعني أن يسلك الطرف الآخر سلوكا منحرفا، فالأخصائي الإجتماعي حتى وإن أبدى تقبلا لبعض المظاهر السلوكية الغيـر طبيعيـة، فإنـه يرجيء توجيه الطرف الآخر نحو تعديل السلوك حتى يتعرف على بعض مكونات شخصية الطرف الآخر. وفيما يتعلق بتطبيق هذا المبدأ مع الجماعات فإنـه يعنـي تقبل الأخصائي الإجتماعي لأفراد الجماعة وعلى ما هم عليه مـن عـادات وقـيم ومعايير سلوكية[3].

---

(1) The seventh International Conference of social work , Toronto , 1954.

(2) Ibid. p. 54.

(3) Davison , E. H , Social Casework , London , 1970. pp. 17 - 18.

3- حق تقرير المصير:

ويعني هذا المبدأ الإعتراف للإنسان بالحق في أن يحيا بالطريقة التي يختارها ويتجه في حياته حسب رغبته وبما ينسجم مع قيمه ومعتقداته التي يكتسبها من الجماعة التي ينتمي إليها. وممارسة هذا الحق ليست مطلقة وإنما تخضع لبعض القيود التي تفرضها مصلحة الفرد والمحيطين به. كما أن هذا المبدأ لا يلغي تدخل الأخصائي الإجتماعي في تقييد حرية الفرد أو مجموعة معينة من الحالات التي تتطلب ذلك.

4- مبدأ السرية:

ويكتسب هذا المبدأ أهمية خاصة في مجال خدمة الفرد بإعتبارها من أكثر المجالات إتصالا بالمشكلات الفردية والأسرية وأقربها إلى حياة الناس الخاصة. والإلتزام بهذا المبدأ يتطلب من الأخصائي الإجتماعي حفظ ما لديه من معلومات وبيانات تتعلق بالمشكلة فلا يسمح لنفسه بنقلها أو الإطلاع عليها من قبل الآخرين.

5- مشاركة المواطنين:

وتعتبر من المبادىء المهمة في ممارسة الخدمة الإجتماعية. إذ أن نجاح المهنة تتوقف على مدى إشتراك المواطنين في مختلف الخطوات. ولكن وبالرغم من أهمية هذا المبدأ فإنه لا يعتبر غاية بحد ذاته، وتتجسد أهمية هذا المبدأ في مساعدة الأفراد والجماعات على تفهم مشكلاتهم ورسم خطط العلاج بالإعتماد على ما لديهم من إمكانيات مع الإستعانة بالموارد المتاحة في المجتمع.

6- العلاقة المهنية:

وتعني العلاقة الإنسانية التي تنشأ بين الأخصائي الإجتماعي والأطراف الأخرى المتمثلة بالفرد والجماعة. وتختلف هذه العلاقة عن بقية العلاقات، فهي ليست علاقة شخصية ولا رسمية بحتة كالتي تسود المؤسسات والمصالح

الحكومية... وهذه العلاقة لا تختلف عن العلاقة التي تسود بقية المهن كالطب والتعليم والمحاماة.

7- التوقيت والحركة:

ويعني هذا المبدأ الإنطلاق في العلاقة المهنية نحو تحقيق أهداف هذه العلاقة المهنية والمتمثلة في مساعدة الفرد والجماعة على مواجهة مشكلاتهم والتصدى لها. ويتطلب هذا المبدأ من الأخصائي الإجتماعي معرفة الجوانب المتعددة للمشكلة وخاصة النواحي الذاتية والموضوعية. ويقصد بالنواحي الذاتية نظرة الفرد إلى المشكلة وطريقة التعبير عنها وشعوره نحوها. أما النواحي الموضوعية فتعني الحقائق الخارجية المحيطة بالفرد والتي يحصل عليها الأخصائي الإجتماعي عن طريق الدراسة.

3- **الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية**:

يرجع ظهور الخدمة الإجتماعية كممارسة إلى عدة عوامل يأتي من بينها التخصص الذى أدى إلى ظهور العديد من المهن كنتاج لعملية التصنيع. وتتطلب المهنة تخصص دقيق لممارسة عملها في أى مجال من المجالات وهذا التخصص يستند إلى مجموعة منظمة من المهارات والمعارف التي لا تكتسب إلا بالعمل الجاد والمتواصل. وتتطلب المهنة أيضا إمتلاك مهارات معينة ترتبط بمقاييس محددة من التدريب والممارسة. وتختلف الأسس التي تقوم عليها التخصصات المهنية بإختلاف المهن نفسها. فالطب مثلا يتميز بوجود إطار معرفي وعلمي وصار بمرور الزمن مجالا لممارسة الخدمة الإجتماعية. وما ينطبق على الطب كمهنة يمتد ليشمل الكثير من المجالات المهنية الأخرى. ويأمل المتخصصون في مجال الخدمة الإجتماعية بالإعتماد على جهودهم المبذولة في مجال البحث والدراسة توحيد الأساس العلمي للخدمة الإجتماعية والوصول بها الى نفس المكانة التي حققتها بقية المهن. وتتطلب المكانة المهنية من الممارس قدرا من الإرتباط بمجموعة معينة من المعايير والضوابط والأخلاقيات التي تميز المهن في مجال الممارسة. وهذه المعايير تملي

على الممارس إمتلاك مهارات فنية وعدم التحيز والإلتزام بالموضوعية حتى يتسنى له تقديم الخدمات في الإطار العام للمهنة. وتقوم هذه المعايير بتنظيم سلوك الأفراد داخل المهنة الواحدة. وهناك العديد من القوانين والقرارات والقواعد التـي تؤكـد أهمية هذه المعايير وتعمل على ديمومتها.

وقد كان لزيادة حجم التنظيم الإجتماعي وتعقده دورا مهما ساهم فـي نهايـة الأمر في ظهور المهن وذلك لحاجة التنظيم إلى وجود علاقـات وإتصـالات بـين مختلف العاملين في التنظيم كما في النقابات، الشركات، الجماعات المهنيـة وبقيـة الهيئات والنظم الإجتماعية. ويعتبر إهتمام الخدمة الإجتماعية بالعلاقات بين جميـع الأفراد في المجتمع من العوامل التي ساعدت في ظهور المهنة، لما لهذه العلاقـات والإتصالات من دور في توجيه الأفراد نحو الإستفادة من موارد وخدمات المجتمع. وقد بدأت الملامح الأساسية للخدمة الإجتماعية كمهنة تتبلور عندما بدأت الجمعيات الخاصة بتنظيم الإحسان تهتم بدراسة العوامل الفردية والأسـرية وراء المشـكلات الإجتماعية والعمل على مواجهتها بالإعتماد على جهود كل جمعية.

وكانت حركة تنظيم الإحسان تقوم على فكرة العون الـذاتي ويقـوم الـرواد الأوائل (الصديق الزائر) بممارسة عمله بالإعتماد على طريقة خدمة الفرد. ويعتمد عمل الزائر بدراسة حالة الفرد أو الأسرة، وكان تقديم المساعدة يعتمد على طبيعـة الحالة المدروسة ولا تعطى المساعدة إلا في الحالات الضرورية.ومـن هنـا بـدأ الإهتمام بقدرات وإمكانيات الفرد أو الجماعة وبدأ العمل بالعون الذاتي. أما الحالات التي ليس بمقدورها الإعتماد على نفسها فيتم إيداعها في الملاجيء أو بيوت العمل. وكانت خدمة الفرد (أحد أبرز الطرق المستخدمة في الخدمة الإجتماعيـة وأولهـا) تركز على أهمية تعديل الظروف البيئية.

وكان لظهور حركة المحلات الإجتماعية ودورها في تحسين مستوى الحيـاة ودراسة المشكلات الإجتماعية، دورا في إعتماد الدراسات المجتمعية لإحداث التغير في الجوانب الإقتصادية والسياسية والإجتماعية وكان ذلك في نهاية القرن التاسـع عشر.

وقد إتخذت الخدمة الإجتماعية مع بداية القرن العشرين إتجاها جديدا تمثل في الإهتمام بالجوانب النفسية والخبرات السابقة للفرد وأفكاره تمهيدا لمساعدته من خلال التأثير الهادف إحداث التوافق مع البيئة المحيطة. ويتضح هذا التحول من خلال الأهداف الجديدة للخدمة الإجتماعية والمتمثلة بمساعدة الفرد وتوطيد علاقاته بأسرته وجماعته ومجتمعه، بعد أن كانت تركز على دراسة شخصيته وتمكينه من مواجهة مشكلاته. وقد ظهرت طريقة العمل مع الجماعات كطريقة ثانية في الخدمة الإجتماعية بعد أن تبلورت ملامحها من خلال الحاجة لتطبيقها في الواقع الإجتماعي. وبدأ الإهتمام في مرحلة لاحقة بطريقة تنظيم المجتمع، والإهتمام بالحياة الإجتماعية بشكل عام.

والواقع فقد أصبح موضوع المهنة في العصر الحديث من الموضوعات التي تحظى بإهتمام رجال الإجتماع المعاصرين، وقد بينت الكثير من الدراسات والبحوث المعايير[1] التي يستند إليها التمييز بين ما هو مهني وغير مهني من العمل ومن أبرز هذه المعايير ما يلي:

1- يتطلب العمل المهني مجموعة من المهارات الفنية.
2- يلتزم الأخصائي الإجتماعي بمجموعة من المعايير والقواعد المسماة بالأخلاقيات المهنية.

وهكذا فالإلتزام بهذه المعايير والمبادىء هو الذى يحدد درجة التطور المهني والمكانة الخاصة لأى مهنة. وإذا كان الإلتزام بالأخلاقيات المهنية والمهارات الفنية يمثلان العناصر الجوهرية للنشاط المهني، فهذا لا يلغي أهمية عوامل أخرى مكملة تؤكد الجانب المهني للنشاط الإنساني ومن أبرز هذه العوامل ما يلي:

---

[1] Wilensky.,H. and Libeaux , c. , " Industrial Society and social welfare." N. Y. , 1958. pp. 283-85.

1- تحديد مجال التخصص للأفراد العاملين وتعيين الأسس العلمية والتطبيقية وذلك بالإعتماد على التدريب والتعليم وضبط مسؤوليات العمل في مجال التخصص وما إلى ذلك من الأمور المهمة في إكتساب المهارات الفنية.

2- تحديد الطرق المعتمدة في تقديم الخدمات والتخطيط لها والتي هي إنعكاس لواقع المجتمع، وأهمية التأكيد عليها سواء داخل المؤسسات المهنية التي تضم الممارسين المهنيين، أو داخل المؤسسات التعليمية التي تقوم بإعداد وتدريب هؤلاء العاملين.

3- تحديد المكانة الإجتماعية للمهنة وتعيين الجزاءات الماديةلأفراد المهنة وبما يتناسب مع ما يقدمه الفرد من جهد.

4- التأكيد على أهمية التعاون بين أفراد المهنة الواحدة.

وتأسيسا على ما تقدم، ومن خلال معرفة الطبيعة المهنية للخدمة الإجتماعية يمكننا تحديد الخصائص المهنية والمكونات الأساسية لها في أى مجال من مجالات الممارسة وكما يلي:

1- المعارف النظرية العلمية:

تتميز الخدمة الإجتماعية كغيرها من المهن بوجود إطار معرفي يمكنها تعليمه ونقله للأخرين. وهذه المعارف التي تستند إليها المهنة ذات طابع تراكمي قابل للزيادة نتيجة لتقدم العلمي والتطور الذي يسفر عن عمل الخدمة الإجتماعية في مجالات الممارسة والتطبيق المختلفة وما ينجم عن تفاعلاتها مع بقية المهن من نتائج وعلاقات. ومع أن الخدمة الإجتماعية لم تتبلور معرفها النظرية والعلمية بالدقة التي شهدتها مهن أخرى كالطب والهندسة مثلا، إلا أنها تستفيد من العلوم الإجتماعية والإنسانية في تطوير معرفتها العلمية وبما يخدم مجال الممارسة والتطبيق العلمي لمعارفها النظرية.

والخدمة الإجتماعية تستقي من علم الإجتماع المعرفة العلمية المتعلقة بالظواهر الإجتماعية والتغير الإجتماعي والمؤسسات والنظم الإجتماعية إضافة إلى العمليات الإجتماعية والأنماط الثقافية والسلوكية للمجتمعات الريفية والحضرية. وتستمد من علم النفس الحقائق المتعلقة بدراسة الشخصية ومراحل النمو والسلوك ودوافعه، وجميع هذه الموضوعات تساعد الأخصائي الإجتماعي الممارس في فهم الأدوار الإجتماعية للفرد في مجتمعه وتباين السلوك الخاص بالجماعة بتباين المواقف.

وتستفيد الخدمة الإجتماعية أيضا من جميع العلوم التي تدرس المجتمعات كما في علم الإقتصاد الذى يهتم بدراسة علاقات الإنتاج ونمط المعيشة والإستهلاك، وبالتالي مدى تأثير العوامل الإقتصادية على العوامل الإجتماعية، ويسهم الإحصاء في قياس الظواهر والمشكلات الإجتماعية قياسا كميا، أما العلوم السياسية فتدرس علاقات الأفراد بالسلطة ونظام الحكم وما يتطلبه ذلك من تنظيم للعلاقات بين الأفراد وتحديد مسؤولياتهم وحقوقهم والتي تكون من إختصاص القانون. وتستفيد الخدمة الإجتماعية من جميع المهن العاملة في المجتمع لتيسير عملها كما في الطب والتعليم والمحاماة والقضاء... الخ... وهكذا فإن التكامل مع هذه العلوم والحقول المعرفية يعتبر الوسيلة الوحيدة لتحقيق أهداف وغايات المهنة الإجتماعية وإحداث التغيير المطلوب في حياة الفرد والجماعة والمجتمع.

2- المهارات الفنية المتكاملة:

وتعتبر هذه المهارات مكملة للمعارف النظرية التي يزود بها الأخصائي الإجتماعي أثناء مرحلة الإعداد... وتستهدف هذه المهارات تحقيق أهداف التنظيم الإجتماعي. وهناك العديد من المهارات الخاصة بالخدمة الإجتماعية والتي جاءت بحكم التطور الذى شهدته المهنة عبر مسيرتها التطورية الطويلة. ومن أبرز هذه المهارات السائدة في أدبيات الخدمة الإجتماعية تكوين علاقات مهنية وكيفية المحافظة عليها مع كل من الفرد والجماعة والمجتمع، والمهارات التي يتطلبها عمل

الأخصائي الإجتماعي في تحليل المواقف المختلفة والمتباينة للحالات التي يتعامل معها، هذا فضلا عن قدرته في تفهم مشاعر الآخرين وضبط إنفعالاته والتحكم في سلوكياته.

3- الإتجاهات المهنية والمعايير الأخلاقية:

وتعني الإتجاهات الإيجابية للأخصائي الإجتماعي نحو الأطراف التي يتعامل معها وبما يضمن تقديم الخدمات والمساعدات اللازمة دون تمييز لأى سبب من الأسباب.والخدمة الإجتماعية تنطوى على مجموعة من المعايير الأخلاقية التي يجب على العاملين الإلتزام بها ن وتتمثل في إحترام كرامة الفرد وقيمته وهذا يعني إحترام حق الفرد في أن يعيش الحياة التي يرضاها لنفسه والإعتراف بحريته الشخصية والمدنية. ولا يجوز للأخصائي الإجتماعي أن يفرض معاييره السلوكية أو يملي آراءه أو مبادئه أو حلوله، وإنما يحترم حق الفرد في تقرير مصيره بيده ويتخذ القرارت التي يرى أنها ملائمة لظروفه. ويتضمن إحترام الفرد كذلك المحافظة على أسراره، وتقدير الظروف الفردية والتمايز بين الأفراد وتقديم المساعدة للجميع دون تمييز بسبب الدين والعنصر والجنس أو المكانة الإجتماعية أو الإقتصادية للفرد.

4- السلوك المهني والإعداد له:

يتمثل السلوك المهني بقدرة الأخصائي الإجتماعي على تحقيق أهداف المهنة ويأتي هذا السلوك من خلال الخبرة والممارسة التي يكتسبها الأخصائي الإجتماعي في مجال عمله. ويأتي الإعداد لهذه الممارسة بإنشاء المراكز والمؤسسات العلمية من كليات ومعاهد لتعليم الخدمة الإجتماعية. ومن الشروط التي ينبغي توفرها في المتقدم لهذه المؤسسات ما يلي:

- القدرة على التفكير والتحليل والوصول إلى النتائج.
- مطابقة القيم التي يؤمن بها مع قيم الخدمة الإجتماعية.

- تكوين علاقات جيدة مع الآخرين.
- الرغبة والإستعداد للعمل.
- الإلمام بالمعلومات ذات العلاقة بشؤون الحياة.

5- التنظيم المهنـــــــي:

ويتناول البيئة أو المحيط الخاص بالمهنة والذى تمارس فيه كافة النشـــاطات المتعلقة بالتنظيم. والمعروف أن لكل مهنة تنظيم يعتبر محيط مهنـــي يقـــوم علـــى معارف ومهارات وإتجاهات مشتركة يشترك بها جميع العاملين من أجل النهـــوض بالمهنة وتطورها عن طريق الدراسات وإعداد البحوث.

وهكذا أصبحت الخدمة الإجتماعية كمهنة مساعدة من أحدث المهن وأكثرهـــا إنتشارا في العديد من المجالات الحياتية. ويمكن أن نستخلص الحقائق المهنية التالية عن الخدمة الإجتماعية وممارستها:

1- الخدمة الإجتماعية ممارسة مهنية تعتمد على المعارف والمهارات.
2- الخدمة الإجتماعية مهنة إنسانية ترتبط بالإنسان الذى هـــو محـــور إهتمامهـــا، وتحتاج هذه المهنة لمعرفة الإنسان معرفة شاملة عـــن شخصـــيته، علاقاتـــه وتفاعلاته.
3- القيم التي تلتزم بها مهنة الخدمة الإجتماعية في أى مجتمع هـــي أقـــرب إلـــى الخدمة الإجتماعية من أى مهنة أخرى.
4- أهمية العلاقة المهنية ومكانتها في عمليات الخدمة الإجتماعية وتوظيفها من قبل الأخصائي الإجتماعي لمعرفة ظروف الفرد وبالتالي مساعدته.
5- التأكيد على أهمية المساعدة الذاتية والتي تعني إعطاء الفرد الفرصة اللازمـــة لمساعدة نفسه ومواجهة ما يعترضه من مشكلات.
6- تمارس الخدمة الإجتماعية عملها في مؤسسات إجتماعية.
7- الايمان بأن أغلبية المشاكل الإجتماعية تحدث عـــن التنظيمـــات والمؤسســـات الإجتماعية الأمر الذى يتطلب فهم المجتمع ومؤسساته القائمة.

وتأسيسا على ما تقدم، أصبحت الخدمة الإجتماعية ومع ظهور الرعاية الإجتماعية بمفهومها المؤسسي الحديث، بمثابة الوظيفة الأساسية للمجتمع المعاصر الذى يتميز بالتنظيم الدقيق لأجهزته. وسوف تستمر هذه الوظيفة بإستمرار المجتمع وبقاءه كما يرى بورتر لي "Porter Lee" الذى يعتقد بأن أكبر وظيفة للخدمة الإجتماعية كمهنة تتمثل في قدرة الأخصائي الإجتماعي على القيام بمهامه اليومية وتحمل المسؤولية من أجل تحقيق رفاهية الإنسان[1]. فقد أصبحت الخدمة الإجتماعية في الوقت الحاضر من أبرز المهن العاملة في مجال الرعاية الإجتماعية. وتتمثل مهمتها الأساسية في مساعدة الناس وإشباع حاجاتهم وتمكينهم من تأدية أدوارهم والقيام بوظائفهم على أحسن وجه، وتعتبر هذه المهمة من أبرز خصائص الخدمة الإجتماعية التي تميزها بقية المهن الأخرى.

وتستمر الخدمة الإجتماعية في عملها لتتوحد وتتكامل مع الرعاية الإجتماعية في تأدية الوظائف التالية:[2]

1- العمل على تعزيز دور الرعاية الإجتماعية بما يمكنها من إشباع الحاجات الأساسية للفرد، وتتحقق هذه الوظيفة عن طريق الجهود التي تبذلها الخدمة الإجتماعية عبر مختلف أشكال التدخل المتمثلة بالتخطيط ووضع السياسة الإجتماعية وتنفيذها ومتابعتها، وتقديم الخدمات الفردية وبرامج المحافظة على الدخل والإدارة الإجتماعية.

وقد إستطاعت الخدمة الإجتماعية توسيع نشاطاتها المتعلقة بالتصدى لمشكلة الفقر والتفاوت الإجتماعي، كما شهدت تطوير عملها الإدارى وتقديم الخدمات

---

(1) Lee , Porter R. , " Social Work ,. " Cause and Function ,. Proceeding of the Naotional Conference of Social work , 192 , Chicago: University of Chicago Press.

(2) Siporin , M AX , introduction to social work Pratice N. Y. Macmillan Publishing Co , 1975. pp. 13- 14.

الإجتماعية وتحسين أداء العاملين وتدريبهم على مختلف مجالات الرعاية الإجتماعية. وهذه التعددية في وظائف الخدمة الإجتماعية ينجم عنها نوع من الإزدواجية في العمل بينها وبين الرعاية الإجتماعية، أدت في نهاية الأمر إلى تخلي العديد من الأخصايين الإجتماعيين عن بعض مهماتهم وأدوارهم التي كانوا يقومون بها.

2- تستمر الخدمة الإجتماعية في تطوير عمل الرعاية الإجتماعية ومساعدتها في تحقيق أهدافها المتمثلة بتحسين المستويات المعيشية والصحية لجميع المواطنين عن طريق:

أ- تطوير الموارد البشرية وإشباع الحاجات الأساسية للأفراد والأسر.
ب- تحقيق العدالة في توزيع الموارد الإقتصادية.
جـ- التصدى لمشكلة العوز وتخفيف حدة التفاوت الإجتماعي والحرمان والضيق.
د- حماية الأفراد من جميع المخاطر التي تهدد حياتهم وتعويضهم عن كل ما فقدوه بسبب الحوادث والكوارث والعجز والإعاقة أو الوفاة.

3- مساعدة الناس وتمكينهم من القيام بمسؤولياتهم الإجتماعية وتنفيذ أدوارهم من خلال:

أ- تحرير طاقات الإنسان (قدراته ومهاراته) بما يمكنه من القيام بدوره على أتم وجه وتحقيق أقصى درجات الإستخدام والإنتفاع من الموارد، والتصدي للمشكلات القائمة.
ب- تمكين الانسان من تحقيق ذاته.
جـ- توفير جميع أنواع الدعم المادى والمعنوى لجميع الأفراد وتمكينهم من المساعدة الذاتية.
د- العمل على تحقيق التفاعل المطلوب بين الناس وبينهم وبين محيطهم الإجتماعي.

4- دعم وتطوير النظام الإجتماعي والمؤسسي للمجتمع عن طريق:

أ- دعم المؤسسات الإجتماعية والإقتصادية وتحديث التشريعات وتحسين الرعاية الصحية والمعيشية لجميع المواطنين بما يحقق إشباعهم لحاجاتهم وحماية مصالحهم.

ب- تحقيق التكيف والإستقرار الإجتماعي ووسائل الضبط الإجتماعي لما يسهم في تحقيق التغيير المطلوب.

جـ- التصدي لكافة أشكال التنافس والصراع وإيجاد الحلول اللازمة للمشكلات الإجتماعية.

د- إصلاح السلوك المنحرف وبما يسهم في تحقيق التغير البنأ والهادف للأفراد والبيئة.

ويتم تحقيق الوظائف السالفة الذكر من خلال أشكال التدخل المختلفة للرعاية الإجتماعية والمتمثلة بالتالي:[1]

1- التخطيط للسياسة الإجتماعية وتحليلها.

وتستهدف تطوير التشريعات الإجتماعية وتنظيم حقوق الرعاية الإجتماعية وتتضمن العملية تصميم الخطط وصياغتها على المستوى الحكومي والأهلى، ووضع البرامج المتعلقة بالمساعدات الإقتصادية أو ما يطلق عليه الضمان الإجتماعي وتمويل المؤسسات على المستوى المحلي. وتعرف السياسة الإجتماعية بأنها " مجموعة المبادىء المتعلقة بمجال الممارسة مع الأفراد أو وحدات المجتمع أوالمجتمع ككل. والتي تسهم في تحقيق التطور، وتوزيع المسؤوليات والأدوار، وما يرافق ذلك من قيود وحوافز للأفراد والوحدات داخل المجتمع. وبمعنى آخر، توجه سياسة الرعاية الإجتماعية برامج العمل وفق الإطار العام لمستوى معيشة جميع أفراد المجتمع"[2].

---

[1] Ibid. pp. 6-8 .

[2] Schorr, Alvin L and Baumheier , Edward C, "Social Policy, in Robert Morris et al. , Encyclopedia of social work (N. Y:National Association of social workers , 1971).

وتحتاج الخدمة الإجتماعية في عملها مع الرعاية الإجتماعية الى فهم طبيعة السياسة لكي تعبر عنها أحسن تعبير، وتقوم الإدارة السياسية الإجتماعية إلى برامج وخدمات وهكذا توفر السياسة الإجتماعية بتنفيذ الإلتزامات المهنية التي يسعى إلى تحقيقها[1].

2- برامج المحافظة على الدخل.

وتشمل المساعدات والدعم في حالة البطالة أو الكوارث والنكبات والضمان الإجتماعي. وتستهدف هذه البرامج توفير الحماية اللازمة والحد الأدنى من الدخل يكفي لإشباع حاجات الأفراد السياسية، وتقوم على مبدأ تحقيق التكافل الإقتصادي والإجتماعي.

3- الخدمات الإجتماعية.

وتعني النشاطات المنظمة الموجهة نحو الأفراد أو أساليب التدخل التي تستهدف الجماعات والأفراد ومساعدتهم أو إجراء التعديلات اللازمة في البيئة من أجل تحقيق التوافق الجيد. والغرض من هذه الخدمات تحسين أداء الأفراد في المجتمع[2]. أو هي كما يرى خان (Kahn) "إستجابة لمواقف إجتماعية جديدة... ومسؤولية إجتماعية لتلبية إحتياجات الإنسان المعاصر"[3]. ويمكن أن تأخذ الخدمات الإجتماعية الأشكال التالية تبعا لوظائفها:

1- خدمات تتعلق بالإعلام والمشاركة مثل جمعيات الهلال الأحمر.
2- خدمات تتعلق بالعلاج والمساعدة والتأهيل مثل الحماية الإجتماعية والرعاية البديلة كما في تقديم الإرشادات، برامج الإصلاح والرعاية الخاصة بالمسنين.

---

(1) Kahn , Alfred J., "Summary of the symposium " social work , 1955 , 10 (4): 179 - 183.

(2) Romanyshyn , social welfare , p. 356.

(3) Kahn , Alfred J , Social Policy and social services (N. Y: Random House , 1973) p. 16.

3- خدمات خاصة بالتنشئة كما في الرعاية اليومية، التخطيط الأسري، برامج تعليم الأسرة وبقية المراكز الخاصة بتطوير الحياة في المجتمع.

وهذه الخدمات تكمل وتدعم أو تقوم بتأدية الوظائف التي تسهم بها بقية المؤسسات الإجتماعية، كما في الإقتصاد، التعليم، القانون، الرعاية الصحية وكذلك الأسرة. ولهذا تسهم هذه الخدمات في مساعدة الأفراد والأسر على المشاركة والإستفادة من خدمات هذه المؤسسات أو المشاركة في تنفيذ أهداف هذه المؤسسات. كما وتدعم هذه الخدمات المؤسسات القائمة في المجتمع حتى تتمكن من الإستجابة لمتطلبات وحاجات الناس.

ولا شك فإن طريقة مساعدة الأفراد والأسر من خلال هذه الخدمات تعرف بالعلاج الإجتماعي أو دراسة الحالة. ومن الطرق الأخرى للمساعدة خدمة الجماعة أو تنمية وتطوير الجماعة وتطوير المجتمع المحلي أو التنمية التنظيمية[1].

4- ادارة الرعاية الإجتماعية.

تهتم الإدارة بتنظيم وإعداد وإدارة البرامج وإختيار العاملين في مجال تخطيط السياسة الإجتماعية، وبرامج المحافظة على الدخل وفي مجال الخدمات الإجتماعية[2] ويدخل في ذلك تنظيم النشاطات الإدارية المتعلقة بالبرامج الإجتماعية على المستوى المحلي والقومي على مستوى الدولة مثل النشاطات الطوعية ومجالس المؤسسات الإجتماعية. وتتضمن وظيفة الإدارة توفير برامج التعليم والتدريب في المؤسسات وفي الجامعات والكليات لتطوير كفاءة العاملين لمختلف أنواع ومستويات الرعاية الإجتماعية وأنشطتها المتعددة. ومن النشاطات الأخرى للإدارة توفير الإشراف، والقيادة في توجيه الخدمات الإجتماعية[3].

---

(1) Siporin , Max , Introduction to social work Pratice , op. cit. p.7.

(2) Ibid. p.8.

(3) Ibid. p. 8.

5- العمل الإجتماعي.

ويشمل العمل الإجتماعي كافة الجهود العامة المشتركة للمواطنين والتي تستهدف التصدي للقضايا العامة وإيجاد الحلول اللازمة للمشكلات الإجتماعية، ومن ثم التأثير على عمل المؤسسات الإجتماعية وإصلاحها بما يحقق التغير المنشود. فالقيادة والدعم والحماية هي نشاطات تعمل على تحسين الظروف البيئية من أجل إعادة توزيع مصادر القوة والموارد المتاحة في المجتمع وبالتالي إحداث التغير في المعايير الإجتماعية والثقافية، وأساليب الحياة وبما يمكن أن تقدمه السياسات والبرامج الإجتماعية من دعم. وأشكال التدخل هذه يمكن أن تتم داخل العملية السياسية العامة، وتؤدي إلى إتخاذ قرارات عامة وفي نهاية الأمر التنفيذ الرسمي لهذه القرارت. ولهذا فإن التشريعات الإجتماعية، والبرامج الخاصة بعمل الأطفال، والحماية الصناعية والصحة العامة والإسكان، والحد الأدنى للأجور والرعاية الخاصة بنزلاء مستشفى الأمراض العقلية، ورعاية الأحداث المنحرفين وقوانين الزواج والطلاق، كل هذه الأشكال والأنواع تمثل نتائج لحملات العمل الإجتماعية وبرامجه[1].

وفيما يتعلق بالنشاط البحتي وإعداد الدراسات فإنه يعتبر من الجوانب المتكاملة لهذه التدخلات الإجتماعية في مجال الرعاية الإجتماعية والممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية، ولا يمكن إعتباره مهمة أو مسؤولية منفصلة عن العمل ككل. وبذلك فإن إجراء البحوث يعتبر من النشاطات الملزمة في كل مجال من مجالات التدخل إذا ما أراد الممارسون معرفة الكثير عن الناس والمجتمع، وعن الحاجات القائمة والبحث عن طرق جديدة وبرامج إجتماعية لمساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات.

---

[1] Ibid. p 8.

أخيرا، تعتبر الأشكال الخمسة للتدخل والواردة أعلاه بمثابة الوظائف الأساسية للرعاية الإجتماعية. ويمكن إعتبارها ولو بدرجات وأشكال مختلفة، وظائف ومهام أساسية لمهنة الخدمة الإجتماعية. وهذا ما يؤكد التداخل بين الرعاية الإجتماعية في مفهومها العصري الحديث والخدمة الإجتماعية كممارسة مهنية، وبالتالي تكامل النشاطات الخاصة لكل منهما.

4- السمات المهنية للخدمة الإجتماعية:

تتميز مهنة الخدمة الإجتماعية عن غيرها من المهن بمجموعة من السمات يمكن إجمالها بما يلي[1]:

1- الأسلوب العلمي.

تستمر الخدمة الإجتماعية في عملها مع الأفراد والجماعات والمجتمعات إنطلاقا من أسلوبها العلمي المستمد من نتائج الدراسات والأبحاث الخاصة بالعلوم الإنسانية والمعارف النظرية لمختلف الميادين. وتستعين الخدمة الإجتماعية بعلم النفس والإجتماع والعلوم السلوكية لأنها ترى أن لكل سلوك دافع، وأن الناس يتصرفون بطريقة تمليها الظروف عليهم ولهذه الظروف تأثيرات مباشرة تحتم على الخدمة الإجتماعية التدخل في طرقها المعروفة لعلاج ما قد ينجم من أضرار.

2- العمل المزدوج.

تتجسد هذه الإزدواجية في طريقة تدخل الخدمة الإجتماعية بمظهرين أساسين وهما:

1- مساعدة الأفراد على التكيف مع النظم الإجتماعية القائمة.

2- تعديل هذه النظم بطرق وأشكال متعددة.

---

(1) خاطر، أحمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية (نظرة تاريخية – مناهج – مجالات) الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ص ص: 162 – 166.

وتمثل إزدواجية المنهج في الخدمة الإجتماعية التركيز على الجوانب العلاجية أكثر من الجوانب المتعلقة بمساعدة الناس على النمو والتكيف أو إجراء بعض التعديلات داخل المجتمع بما يمكنه من سد إحتياجات المواطنين.

3- التكيف.

تتميز الخدمة الإجتماعية بقدرتها على التكيف مع مطلبات وظروف العمل الجديدة في مختلف مجالات وميادين الممارسة، ويدخل في هذا الإطار المرونة التي يتصف بها الأخصائيون في الإنتقال من مجال إلى آخر ومن حالة لأخرى مع تكييف الطرق وأساليب العمل. وينطلق العاملون في هذا المجال إعتمادا على خبرتهم ومهاراتهم التي أكتسبوها من خلال العمل.

4- النظرة المتكاملة للإنسان.

تأتي هذه النظرة من كون الإنسان وحدة حية متغيرة تتفاعل مع المجتمع، ولهذا تستلزم التحرك على جميع المستويات وبما يسهم في تحقيق التغير المطلوب. وهذه النظرة تتطلب أيضا إقامة نوع من التكامل والتنسيق بين جميع مؤسسات المجتمع وبما يؤكد أهمية الإنسان كوحدة متكاملة.

5- الإتصال المباشر.

تعتبر طريقة المقا بلة الفردية او الإجتماعات مع عدد محدود من الناس من ابرز وسائل الإتصال المباشر فى الخدمة الإجتماعية. وينطبق ذلك على طرق الإتصال بالمجتمع عن طريق الممثلين فى المجالس والإتحادات.

وايا كانت الطريقة (خدمة فرد، خدمة جماعة، تنظيم المجتمع) المستخدمة فى العمل فإن التفاعل يكون تاما بين الإخصائى الإجتماعى من ناحية وهذه الوحدات من ناحية أخرى. ومن ميزات هذه الطريقة المباشرة، إمكانية التأثيرعلىالوحدات وبطريقة تفوق الطرق الأخرى المستعملة للتاثير وخاصة فى مجال الإعلام.

6- الأهداف العلاجية والوقائية.

تهتم الخدمة الإجتماعية وخاصة طريقة خدمة الفرد بالجانب العلاجى، ويأتى هذا الإ هتمام العام للخدمة الإجتماعية خلال السنوات الأولى من ظهورهـا.ولكـن إهتمامات الخدمة الإجتماعية فى السنوات الأخيرة تؤكد أهمية الجوانب الوقائية من خلال طريقة خدمة الجماعة وتنظيم الجتمع.

7- شمولية الخدمة الإجتماعية.

فالخدمة الإجتماعية لاتقتصرعلى رعاية فئه دون غيرها وإنما يمتد نشـاطها ليشمل كافة فئات المجتمع.كما أن نشاطها لايقتصر على علاج الحالات وإنما يسهم فى مساعدة الناس على التكيف والنمو،على هذا الأسـاس إسـتطاعت المهنـة ان تمارس عملها فى مختلف مجالات الرعاية الإجتماعية.

8- الطابع الإنسانى للخدمة الإجتماعية.

ظهرت الخدمة الإجتماعية فى أعقاب الثورة الصناعية فى جو يسوده البؤس والشقاء وتدني الظروف المعيشية، ولهذا تركز إهتمامها على مساعدة الناس ووضع حد لظروفهم الصعبة.

9- الخدمة الإجتماعية علما نظريا وتطبيقيا.

للخدمة الإجتماعية إطارا معرفيا يتضمن مجموعة من العناصر يأتى من بينها الدراسة النظرية والتدريب الميداني والممارسة المهنية بعد التخرج.

5- **الأهداف الأساسية للخدمة الإجتماعية.**

يتفق الكثير من المهتمين فى مجال الخدمة الإجتماعية على الإهداف التالية[1]:

1- تستهدف الخدمة الإجتماعية مساعدة الناس أفرادا وجماعات ومجتماعات فى تحقيق مستويات أفضل من الرفا هية الإجتماعية والنفسية والجسمية.

1- United Nations: Unesco metting of Experts , Reports on the Contribution of social sciences in social work training. Paris. 1960.

وتعتبر المساعدات الإقتصادية عن طريق التـأمين الإجتماعي،معاشـات التقاعد والعجز أو المساعدات العامة من بين عدد كبيـر مـن الوسـائل اللازمة لتحقيق ذلك الهدف.والمساعدة تمتدلتشمل المـوارد المجتمعيـة كخدمات التشغيل والرعاية الطبية والعلاج النفسى والتـدريبى والتأهيـل والتوجيه المهنى...الخ.

2- مساعدة النا س في التعرف على مشكلاتهم وايجاد الحلول اللازمة لهـا وإحداث التغيرالمنشود لدى الأفراد والجماعات والمجتمعات إضافة إلى الأهداف الوقائية فى التصدى للمشكلات الإجتماعية والخدمة الإجتماعية لا تقتصر فى ذلك على حل مشكلاتهم الإجتماعيـة والإقتصـادية،وإنما تشجع مشاركتهم الإ يجابية في إختيار الأهداف التي ينشدونها.

3- للخدمة الإجتماعية أهداف إنسانية وقيم نبيلة تسهم فـي تحقيـق المهـام الأساسية لهذه المهنة.

4- تمارس الخدمة الإجتماعية عملها المهني المتمثل بتقديم الخدمات للأفراد والجماعات عبر المؤسسات الإجتماعية وتعمـل أيضـا علـى وضـع السياسات ومتابعة التطور.

5- تتفاوت إهتمامات الخدمة الإجتماعية من منطقة إلى أخرى،اذ أنها تهـتم بالعمل مع الجماعات والمشاركة فى التخطيط الإجتماعى فى المجتمعات المتقدمة، بينما تقتصر على تقديم الخدمات العلاجية فى مناطق أخـرى. ويرجع هذا التباين إلى إختلاف المجتمعات سياسيا واقتصاديا واجتماعيا.

6- يعتمد الأخصائى فى عمله مـع الأفـراد والجماعـات علـى المعرفـة والمهارات المكتسبة ويحتاج للكثير من الموارد.

7- من العناصر الأساسية للخدمة الإجتماعية احترام كرامة الإنسان وقيمتـة فى المجتمع.

8- تتفاوت الخلفيات النظرية والتطبيقية لطلبة الخدمة الإجتماعية من بلد إلى آخر، ومن المعايير السائدة فى القبول أن يكـــون الطالـــب قـــد أمضـــى مايقرب من 12 سنة دراســـية قبـــل الإلتحـــاق بالكليـــات أو المعاهـــد المتخصصة -أما الممارسة المهنية فتطلب بلوغ الطالـــب مرحلـــة مـــن النضج العقلى والإجتماعى خلال مرحلة الإعداد.

9- يتطلب تعليم الخدمة الإجتماعية معرفة كافية بالعلوم الإجتماعيـــة كعلـــم الإجتماع الإقتصاد، القانون، والإدارة العامة وعلم النفس...الخ

10- يجب أن يكون ممارس الخدمة الإجتماعية قد أكمل بـــرامج التـــدريب المهنى قبل ممارسته للعمل إضافه إلى إلمامه بكافة نظريات وطـــرق البحث المعتمدة فى الخدمة الإجتماعية.

11- يتوقف تعليم مهنةالخدمة الإجتماعية على الطالب نفســـه ومايريـــد أن يتعلمه هو والأسباب الكامنة وراء ذلك.

وتقوم الخدمة الإجتماعية بوظيفتها من أجـــل تحقيـــق الأهـــداف الخاصـــة بها،بمعرفة عوامل التفاعل بين المظا هر الشخصية، النفســـية وحتـــى البايلوجيـــة والعوامل الإجتماعية والإقتصادية. وهذا الأسلوب يتجاوز الطريقـــة التقليديـــة فـــى المساعدة ليهتم بتحسين الظروف الإجتماعية عن طريق رفع المســـتوى الصـــحي والإقتصادي وتحسين ظروف العمل..الخ.

وتستعين الخدمة الإجتماعية فى تحقيـــق أهـــدافها بالمنظمـــات الإجتماعيـــة والمؤسسات السائدة فى المجتمع كالمؤسسات الشبابية والنسائية والمهنية والصحية ذلك لأن هذه المؤسسات تقدم خدماتها بطرق وأشكال متنوعة للناس الذين يعـــانون من مشكلات تحول دون قيامهم بأدوارهم الإجتماعية.

6- الخصائص العامة للخدمة الإجتماعية:

1- تهتم الخدمة الإجتماعية بمساعدة الناس عن طريق تقديم الخدمات الإجتماعية.

2- تنتمي الخدمة الإجتماعية إلى مجال الرعاية الإجتماعية وتتمثل مهمة الأخصائيين الإجتماعيين بتوجيه البرامج والخدمات في المؤسسات الصحية والإجتماعية.

3- يستهدف نشاط الخدمة الإجتماعية العلاقات والوظائف الإجتماعية بحيث يرتكز عمل الأخصائي الإجتماعي على أحداث التغير المطلوب في العلاقات وتحسين عملية التفاعل بين الشخص وبيئته الإجتماعية وتهتم الخدمة الإجتماعية بالمشكلات والمعلومات التي تحول دون تأدية المهام والوظائف الإجتماعية.

4- القيمة الأساسية التي توجه نشاط الخدمة الإجتماعية هي أن يقوم الفرد بأدواره على أحسن وجه من أجل أن يحقق ذاته.

5- يستهدف النشاط الخاص بالخدمة الإجتماعية مساعدة الأفراد، الجماعات والمجتمعات.

6- يقوم الأخصائيون الإجتماعيون بممارسة أدوارهم في مجالات صحية وإجتماعية متعددة.

7- ومن الخصائص المميزة للخدمة الإجتماعية كما يؤكدها الأخصائيون الإجتماعيون إحترام الفرد الذى يحتاج للمساعدة وتقدير كرامته ثم تفهم طبيعة تصرفاته حتى وإن كانت عدوانية.

8- يحتاج الأخصائي الإجتماعي في محاولة تفهم طبيعة الحالة أو الموقف، أن يستخدم وبشكل واعي النظريات المختلفة وأن يستعين بالعديد من المفاهيم والأطر المعرفية ذات العلاقة كما في نظريات الشخصية وما تتضمنه من مفاهيم عن السلوك وعلاقة ذلك بالدوافع اللاإرادية.

9- يهتم الأخصائي الإجتماعي بالتعرف على عناصر القوة لـدى الفـرد والبيئـة والعمل على تطويرها بما ينسجم مع قيم الخدمة الإجتماعيـة التـي تسـتهدف تحقيق الذات.

10- يستخدم الأخصائي الإجتماعي في محاولة مسـاعدة الأفـراد والجماعـات، العلاقات المهنية. وبمعنى آخر يستخدم الطريقة الخاصة بإقامـة نـوع مـن التفاعل والتواصل المؤثر والفعال مع الأفراد والجماعات.

11- يستخدم الأخصائي الإجتماعي في نشاطه عدة طرق حسب الأطـراف التـي يستهدفها سواء كانت فرد، جماعة أو مجتمع.

12- للأخصائي الإجتماعي القدرة الكافية على إستخدام الموارد المجتمعية المتوفرة بخصوص بعض المواقف والحالات.

13- من النشاطات الأخرى للأخصائي الإجتماعي المواقف التالية:

أ- معرفة الفرد وموقفه بالكامل.

ب- النهوض بمستوى الخدمات والعمل على تنسيق العمل بين المؤسسات.

14- أن يعي الأخصائي الإجتماعي خطورة وأهمية الإعتبارات الشخصية والتـي تحول دون قيام العلاقة المهنية مع الأطراف التي تستحق المساعدة[1].

7- السلوك المهني للأخصائي الإجتماعي:

الخدمة الإجتماعية كمهنة تتطلب من الأخصـائي الإجتمـاعي أن يتصـف بمجموعة من الصفات التي تميزه عن غيره من زملائه وأن يسلك سلوكا مهنيا نابعا من أخلاقيات المهنة المتمثلة بالصدق والإستقامة والإخلاص والأمانة والصراحة... إلخ. ويمكن تحديد الإطار الذي يحدد السلوك المهني للأخصائي الإجتماعي بما يلي:

1- أن يكون واضحا في تصرفاته، شريفا في تعامله متواضعا في علاقاته.

---

(1) Naional Association of social Workers ," Building social work Knowledge" R eport of AConference . N. Y. 1964.

2- يجب أن لا تتدخل مشكلاته الذاتية في عمله وأن لا يشرك أحدا في شؤونه الخاصة.

3- يجب أن لا يكون العمل وسيلة لتحقيق رغبات ذاتية أو ميول شخصية.

4- أن لا يستغل دوره في توفير الدعاية لنفسه.

5- تنفيذ الوعود مع الأخرين وعدم التورط في أمور لا مبرر لها.

6- أن يفهم حدود مسؤولياته المهنية مع من يتعامل معهم ولا يتجاوز سلطته المحدودة في اللوائح القانونية.

7- أن يكسب ثقة زملائه وبقية أفراد وجماعات المجتمع.

8- أن يحترم عادات وتقاليد الأطراف التي يتعامل معها والعمل على تغيير أو تعديل ما يجب تعديله أو تغييره.

8- **العمليات المهنية للأخصائي الإجتماعي**:

يقوم الأخصائي الإجتماعي بالعديد من العمليات المهنية خلال عمله وفي مختلف المجالات ومع أى طريقة من الطرق. وهذه العمليات متداخلة ومترابطة وتحدث مع كل حالة من الحالات المدروسة ونستطيع أن نجمل أبرزها بما يلي[1]:

1- **الدراسة والبحث:** وتتمثل في إعتماد المنهج العلمي الملائم للنشاط لكي يتسنى للأخصائي الإجتماعي مساعدة تلك الوحدة التي يعمل معها. وتأتي المعرفة التي يحتاجها الأخصائي الإجتماعي من الدراسة والبحث العلمي... ويتطلب ذلك معرفة سلوك الأفراد والجماعات والمجتمعات وعملا بطرق البحث العلمي.

2- **التشخيص:** ويعني معرفة الموقف الخاص بالفرد أو الجماعة أو المجتمع معرفة متكاملة وشاملة. والتشخيص يمكن من تحديد العوامل المؤثرة في الموقف. ويعتمد التشخيص على المعلومات التي تسفر عنها عملية الدراسة والبحث.

---

[1] حسانين، أبوبكر، مقدمة في الخدمة الإجتماعية، طرابلس، 1974 ، ص249.

3- **الإتصـــال:** وتأتي هذه العملية بعد الدراسة والتشخيص، وتعني مساعدة الوحدة على معرفة النتائج التي تم التوصل إليها وباسلوب يلائم فهمها مـــن أجـــل أن تدرك الوحدة طبيعة المشكلات التي تواجهها. ويتطلـــب العمـــل هنـــا القيـــام بالإتصال الإيجابي مع الوحدة.

4- **العـــلاج:** ويعني مساعدة الوحدة على التغلب على المشكلات والصعوبات التي تواجهها وذلك في ضوء ما تسفر عنه العمليات السابقة.

5- **وضع الخطـــة:** ويتضمن تحديد الأولويات التي تستحق التعامل معها أكثر مـــن غيرها بالإعتماد على الموارد المتاحة.

6- **التنفيـــذ:** ويعني توجيه التغير بالطريقة التي تنعكس آثارها على الصالح العـــام للفرد والجماعة والمجتمع.

7- **التنسيـــق:** ويعني التنسيق بين الأفراد والجماعات فيما يبذلون من جهد لتحقيق الأهداف.

8- **التدعيـــم:** ويعني التعرف على الموارد المتاحة للمؤسسات وتحديد إحتياجاتها.

9- **القيادة:** وتعني دور الأخصائي الإجتماعي كقائد مهني يستخدم خبراته ومهاراته المهنية في توجيه الجماعة. وأسلوب القيادة هنا هو الأسلوب الديمقراطي الذى يسمح للأفراد والجماعات في التعبير عن إرادتهم.

10- **الإرشاد:** ويعني مساعدة الفرد أو الجماعة أو المجتمع على تحديد الأهـــداف والوسائل المتبعة لتحقيقها.

11- **الإبـــداع:** ويعني مساعدة الوحدة على إبتكار الوسائل التي تحقق الأهداف.

12- **التعليم والتدريب:** ويعني تعليم الوحدة أو تدريبها بما يساعد على التغلب على المشكلات.

13- **الإشـــراف:** ويعني العلاقة المهنية بين الأخصائي وزملائه بما يمكـــنهم مـــن ممارسة عملهم بطريقة أفضل.

14- **المتابعة والتقويم:** وتهدف هذه العمليات إلى تأكيد النشاط وقياس مدى النجاح في تحقيق الأهداف.

9- العناصر الأساسية للخدمة الإجتماعية:

تتميز الخدمة الإجتماعية كغيرها من المهن بوجود عدة عناصر مهمة، إذ لا يوجد عنصر يمكن لوحده أن يحدد خصائص المهنة، كما لا يوجد عنصر واحد يمكن للمهنة لأن تعتمده دون غيره. ولكن المضمون الخاص بهذه العناصر هو الذى يحدد مهنة الخدمة الإجتماعية ويميزها عن بقية المهن. ويجب أن نلاحظ بأن أشكال الممارسة المهنية قد تتطلب أحيانا إستخدام بعض هذه العناصر بصورة أكثر تركيزا إلا أن ممارسة الخدمة الإجتماعية لا يمكن أن تتم إلا من خلال توفر جميع هذه العناصر والتي أهمها:

1- **القيم**: تعتمد الممارسة على بعض المفاهيم الفلسفية والتي تمثل المبادىء الأساسية في عملية الممارسة وأهمها[1]:

- الفرد بإعتباره مركز إهتمام المجتمع.
- العلاقات المتبادلة بين الأفراد.
- المسؤوليات المتبادلة بين الأفراد نحو بعضهم البعض.
- تعدد الحاجات التي يشترك فيها جميع الأشخاص لا يلغي وجود حاجات خاصة تميز الأفراد عن بعضهم.
- توفير الفرص اللازمة للأفراد للتعبير عن ما لديهم من طاقات والإعتراف بمسؤوليتهم الإجتماعية خلال مشاركتهم في الحياة الإجتماعية.
- توفير كافة الوسائل التي تسهل عملية تأكيد الذات من خلال مواجهة المشكلات التي تعوق التوازن بين الفرد والبيئة الإجتماعية.

وهكذا أصبح الإنسان هو جوهر القيم في ممارسة الخدمة الإجتماعية، وأصبحت كرامة الإنسان كإنسان هي القيمة الكبرى في هذا المجال. إذ تؤمن

---

[1] حسن، محمود، مقدمة الخدمة الإجتماعية، بيروت، دار النهضة، ص182.

الخدمة الإجتماعية إيماناراسخا بالإنسان، تؤمن بكرامته وبحقه في إحترام كرامته وبغض النظر عن الإعتبارات الأخرى كاللون أو الجنس أو العقيدة أو المذهب السياسي، بيد أن القيم الإجتماعية التي تلتزم بها الخدمة الإجتماعية في الممارسة تختلف بطبيعة الحال من مجتمع لآخر.

2- **الغرض:** تختلف الأغراض التي تسعى الخدمة الإجتماعية التي تحققها من مجتمع لآخروبإختلاف المجالات التطبيقية ولكن ذلك لا يمنع من وجود أغراض عامة للخدمة الإجتماعية تعمل على تحقيقها من خلال الممارسة في أى مجتمع وأبرزها ما يلي[1]:

أ- تحديد المشكلات التي تواجه الأفراد والجماعات والعمل على إيجاد الحلول اللازمة لها.

ب- تحقيق النمو المنشود للأفراد والجماعات والقضاء على مشكلات التكيف الإجتماعي.

جـ- تعزيز العلاقات بين الأفراد والجماعات والمجتمعات.

د- إكتشاف وتحديد ما لدى الأفراد والجماعات والمجتمعات من طاقات والعمل على تدعيم وتقوية هذه الطاقات إلى أقصى درجة ممكنة.

3- **التصديق:** ويعني الإعتراف الرسمي والموافقة على ممارسة المهنة. وكان لهذا التأييد أثر كبير على تطور الخدمة الإجتماعية وذلك نتيجة الإعتراف بأهمية توفير الخدمات لتلبية متطلبات الأفراد وإشباع حاجاتهم الأساسية. وهذه المهنة التي أقرها المجتمع تتطلب مشاركة عدد من الممارسين الذين لديهم القدرة على فهم طبيعة المشكلات ونوعية الخدمات التي تتطلبها والأفراد الذين يتعاملون معهم إضافة إلى فهم أساليب التفاعل بين هذه العناصر. أخيرا فإن

---

[1] حسن، محمود، مقدمة الخدمة الإجتماعية، بيروت، دار النهضة، ص183.

التصديق عملية تشترك فيها هيئات حكومية وأهلية إلى جانب النقابات المهنية والمعاهد والمؤسسات التعليمية[1].

4- **المعرفة**: تستمد الخدمة الإجتماعية معارفها كما هو الحال لأغلبية المهن من مصادر متعددة إضافة إلى الحقائق التي تستخلصها من عملياتها الميدانية. وتطبيق هذه المعرفة يتطلب من الأخصائي الإجتماعي معرفة الظواهر الخاصة والتي لا تدخل في إطار التعميمات النظرية السائدة. وتهتدي الخدمة الإجتماعية في عملها بالمعارف التالية[2]:

- السلوك الإنساني للفرد وعلاقته بالبيئة.
- عملية تقديم وتقبل المساعدة.
- أساليب الإتصال المستخدمة من قبل الأفراد وعلاقاتهم المتبادلة.
- إدراك الذات المهنية من قبل الأخصائي الإجتماعي وأهميتها في معرفة مشاعره الذاتية ودوافعه وقدرته على التحكم بإنفعالاته والسيطرة عليها.
- الخدمات الإجتماعية والهياكل التنظيمية والأساليب.
- عمليات التفاعل بين الأفراد وبين الفرد والجماعة والجماعات مع بعضها.
- الموروث الثقافي وما يتضمنه من معتقدات دينية وقيم روحية ونظم وقوانين وعادات وتأثير ذلك على الفرد.
- الجماعة وتأثيرها على الفرد والتأثير المتبادل بينهما.
- المجتمع وما يجري به من عمليات وما يقدمه من خدمات.

5- **المنهج**: ويعني طريقة العمل والخطوات والإجراءات المتبعة لتحقيق غرض معين. ويعني المنهج في الخدمة الإجتماعية تسهيل الأخصائي الإجتماعي

---

(1) حسن، محمود، مقدمة الخدمة الإجتماعية، بيروت، دار النهضة، ص183.

(2) المصدر نفسه، ص 184 – 185.

لعمليات التفاعل بين الفرد وبيئته الإجتماعية والتأثير المتبادل بينهما وتساعد هذه العلاقة على تحقيق التغير الهادف لمكونات الفرد الداخلية وعلاقته ببيئته الإجتماعية وتأثير البيئة الإجتماعية على الفرد وأنماط التفاعل بين مكونات الفرد ومكونات البيئة[1].

ويتضمن منهج الخدمة الإجتماعية الملاحظة العلمية لتفهم طبيعة كل من الفرد والجماعة في الموقف المحدد. وتلعب العلاقة المهنية بين الأخصائي الإجتماعي والفرد دورا مهما في تحديد المنهج سواء المنهج الخاص بخدمة الفرد أو الجماعة أو المجتمع، ويعمل منهج خدمة الفرد على تيسير عملية التفاعل بين الفرد والبيئة الإجتماعية، والفهم المستمر للمؤثرات المتبادلة بينهما، إضافة إلى تسهيل عملية التغير بالنسبة للفرد في علاقته مع البيئة. ويهتم منهج خدمة الجماعة بالعلاقات الإجتماعية بين الأفراد المكونين للجماعة وبالجماعة ككل بغرض إحداث التغير المطلوب تحقيقا لنمو الأفراد وتمكينا للجماعة من تحقيق غاياتها والمساهمة في عملية التقدم الإجتماعي. أما منهج خدمة المجتمع فيعني بمساعدة المجتمعات المحلية على تحديد مشاكلها ودراسة المسببات الكامنة وراء هذه المشكلات وإعداد الخطط اللازمة لمواجهة هذه المشاكل من النواحي العلاجية والوقائية[2].

10- **مناهج الخدمة الإجتماعية**:

أخذت المناهج المعتمدة في الخدمة الإجتماعية بالتطور منذ أن شهدت الخدمة الإجتماعية ظهور المجالات الخاصة بممارسة العمل المهني من قبل الأخصائي الإجتماعي. وقد حظيت المناهج بإهتمام كبير في كافة أدبيات الخدمة الإجتماعية ومنذ بداية هذا القرن، وخاصة ما يتعلق بطبيعتها وخصائصها المميزة والتي يمكن من خلالها تحقيق أهداف الخدمة الإجتماعية.

---

[1] حسن، محمود، مقدمة الخدمة الإجتماعية، بيروت، دار النهضة، ص183.

[2] يونس، الفاروق زكي، الخدمة الإجتماعية والتغير الإجتماعي، القاهرة، 1978، ص4154.

والمنهج كطريقة عامة أو نظام خاص لعمل شيء ما يشير إلى دور الأخصائي الإجتماعي ومسؤوليته في العمل، بإعتماد طريقة معينة وتوقيت معين وقناعة حول ماهية ما يقوم به من عمل لكي يكون قادرا على تأدية دوره الوظيفي ومسؤوليته كأخصائي في حالات ومواقف معينة. كما ويشير المنهج إلى طبيعة التفاعل الناجم عن إستخدام طريقة معينة أو أسلوب معين في الخدمة الإجتماعية[1]. فإستخدام طريقة خدمة الفرد يقود إلى عملية خدمة الفرد التي يشترك فيها كل من الأخصائي الإجتماعي والفرد صاحب المشكلة أو المريض وبطريقة تؤكد تفاعل الطرفين في العملية، وكذلك الحال مع بقية طرق ومناهج الخدمة الإجتماعية، فإستخدام الأخصائي الإجتماعي لأى منها في علاقته مع الطرف الآخر لا بد وأن يؤدى في نهاية الأمر إلى عملية متميزة تتمثل بإشتراك الطرفين وتفاعلهم نحو تحقيق هدف معين مكن التعبير عنه بالبرامج والخدمات... وتستخدم المهارت في هذه الدراسة بإعتبارها نوع من المعارف المألوفة لأى علم أو فن[2]، للدلالة على قدرة الأخصائي الإجتماعي على كيفية إستخدام المنهج لغرض القيام بتنفيذ العملية الموجهة نحو تحقيق أهداف وأغراض الخدمة الإجتماعية، وتصميم البرامج وتقديم الخدمات.

ومفهوم المنهج أو الطريقة في الخدمة الإجتماعية لا يقتصر على مشاركة الآخرين في العلاقة من أجل تحقيق غايات وأهداف الخدمة الإجتماعية، وإنما يتضمن كل ما تم عمله فعلا بالنيابة عن الآخرين خارج العلاقات والإتصالات المباشرة. بمعنى أن كل ما تم عمله يكون على صلة وثيقة بما هو محتمل أو ما ينجم عن العلاقة بين جميع الأطراف. ولا شك فهناك المناهج أو الطرق الأساسية في ممارسة الخدمة الإجتماعية والتي تتعامل مباشرة مع الأطراف المعنية وهي

---

(1) Smalley , Ruth E , " Theory for social work Pratice " N . Y . 1967. p 16.

(2) Robinson, Virginia , "The meaning of skill" in Training for skill in Social Casework , Journal of SocialWork Process , vol- 4 , 1942.

خدمة الفرد، خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع. وهناك المناهج أو العمليات الثانوية والتي تسهل عمل المؤسسة أو أنها تعمل بدون الإتصال مباشرة مع الطرف الآخر ويمكن إجمالها بما يلي:

1- الاشراف: وهو جانب من جوانب الادارة.
2- الإدارة: (العملية التي يمكن من خلالها تنفيذ عمل المؤسسة بالكامل).
3- البحث: ويشمل الدراسات والبحوث التي تنفذ في مجال الخدمة الإجتماعية.
4- التعليم: ويعني تعليم الخدمة الإجتماعية في المدارس والمؤسسات التعليمية وهذه العمليات الثانوية التي سنوضحها لاحقا تستخدم في العديد من المشاريع وهي محدودة وتقتصر على برامج الخدمة الإجتماعية كعمليات أو مهارات وفيما يلي عرضا موجزا للمناهج الرئيسية في الخدمة الإجتماعية:

1- خدمة الفرد:

وتعتبر هذه الطريقة من أقدم الطرق وأكثرها إنتشارا وتعمل مباشرة مع الفرد. ولكن بالرغم من أهمية العلاقة المباشرة بين الأخصائي الإجتماعي والطرف الآخر في مجال خدمة الفرد، فإن الإهتمام بالأسرة لم يكن غائبا. وقد أكدت الكتابات الأولى في مجال الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية أهمية الأسرة بالنسبة للفرد ومكانة الفرد في الأسرة وأهمية العلاقات الأسرية في نمو الفرد ورفاهيته. فالأسرة بإعتبارها هدف الخدمات الإجتماعية قد حظيت بإهتمام الخدمة الإجتماعية خلال مرحلة الخمسينات والستينات. وهناك العديد من الكتب والمراجع التي تناولت بالوصف والتحليل أهمية الأسرة في المجتمع والمغزى من توفير الخدمات الإجتماعية لها ويؤكد كل من جيسي تافت " Jessie Taft " وروبرت كومبرك " Robert Gomberg " عام 1944 في مجلة الخدمة الإجتماعية: ((بأن الإهتمام بالأسرة ينبغي أن يكون مستمرا في عملية المساعدة))[1].

---

[1] Taft , Jessie , " Introduction , and Robert Gomberg , "The Specific Nature of Family Casework ," in A Functional Approach to Family Casework," Journal of social work Process , vol. 5. 1944. Reprinted in Family Casework and Counselling , Journal of social work Process. vol 6. 1948. 9. 10. pp. 82 - 132.

ومفهوم خدمة الفرد حسب التعريف الرسمي لريشموند "Richmond" هـو المفهوم المستخدم من قبل جميع الأخصائيين الإجتماعيين في تاريخ المهنة " ويتضمن تلك العمليات المخصصة لتطوير مفهوم الشخصية عن طريق التكيف الواعي بين الناس وبينهم وبين بيئتهم الإجتماعية"[1]. وقد إستطاعت أنيتا فاتز " Anita Faatz" مراجعة وتطوير طريقة خدمة الفرد بإعتبارها عملية مساعدة الفرد تقوم بها المؤسسة الإجتماعية[2].

وهناك العديد من الدراسات التي إستطاعت أن تقدم الكثير من التوضيحات والتحليلات حول مفهوم خدمة الفرد الذى تطور عن المدرسة الوظيفية... وكان للتطور الذي شهده التحليل النفسي الفرويدي أثرا كبيرا على ممارسة الخدمة الإجتماعية بشكل عام وخدمة الفرد بشكل خاص، أدى في نهاية الأمر إلى تطوير ما يسمى بالطريقة التشخيصية في المنهج الوظيفي، الذي تطور في مدرسة الخدمة الإجتماعية التابعة لجامعة " بنسلفانيا " في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي جمعية " فيلادلفيا " للأخصائيين الإجتماعيين. وهذه الطريقة التشخيصية قد ترعرعت في مدرسة الخدمة الإجتماعية التابعة لجامعة" كولومبيا "، وفي جمعية "نيويورك" للأخصائيين الإجتماعيين. وهناك العديد من المتغيرات التي إنعكست على تعليم وممارسة خدمة الفرد كطريقة، وترتبط بثلاث أنواع من الفهم وكما يلي:

1- **فهم طبيعة الإنسان نفسه:** فالمدرسة التشخيصية برزت من خلال التطور الذى شهده علم النفس المرضي، حيث يكون الأخصائي الإجتماعي مسؤول عن تشخيص وعلاج بعض الحالات المرضية. بينما تطورت الدراسات الوظيفية عن علم نفس النمو الذى يرى بأن العامل الأساسي في عملية التغير ليس الأخصائي الإجتماعي. وإنما الفرد نفسه (المريض أو صاحب المشكلة) مع

---

[1] Richmond , Mary , what is social casework , pp 98 - 99.

[2] Faatz , Anita ," The Nature of Choice in social casework " as quated in Ruth E Smalley - op - cit - p. 23.

التأكيد على مشاركة الأخصائي الإجتماعي بإعتبار أن العلاقة بين الطرفين تحرر طاقات المريض وتمكنه من المشاركة وبالتالي التطور.

2- **فهم الأهداف الحقيقية للخدمة الإجتماعية:** فالجماعة التشخيصية ترى ذلك الهدف من خلال تأثير المؤسسة أو العاملين فيها على حالة الفرد. أما الجماعة الوظيفية فترى أن هدف المؤسسة يتمثل في هدف الأخصائي الإجتماعي الموجه من قبل المدرسة. فطريقة خدمة الفرد لا تكون فقط عن طريق تقديم العلاج الإجتماعي للفرد وإنما عن طريق إدارة الخدمات الإجتماعية وبالإعتماد على الفهم النفسي لعملية المساعدة.

3- **تفهم العملية نفسها:** فالجماعة التشخيصية تشير إلى عملية المساعدة بإعتبارها عمل تدخلي (أى العمل الذي يقوم به الأخصائي الإجتماعي). أما المدرسة الوظيفية فقد إستطاعت تطوير مفهوم خدمة الفرد بإعتباره عملية مساعدة وقد كانت هاملتن "Gordon Hamilton" من الرواد الأوائل الذين ساهموا في تطوير مفهوم خدمة الفرد كطريقة في المدرسة التشخيصية إذ تقول " تهتم خدمة الفرد بتحرير موارد البيئة، وطاقات الأفراد وبما يمكنهم من تحقيق حياة أفضل في الجوانب الشخصية والإقتصادية... وتتعامل خدمة الفرد مع الأفراد والمواقف والظروف... "[1]. وهكذا ساهمت هاملتن في تطوير المعرفة الخاصة بالممارسة في مجال خدمة الفرد الذي يقوم على الدراسة والتشخيص والعلاج. وقد قامت فلورنس هولز " Florence Hollis" بجمع الأفكار التي تضمنتها الدراسات السابقة للخروج بنتيجة مفادها أن خدمة الفرد هي طريقة العلاج النفسي الإجتماعي[2]. وقد إستطاعت أيضا تحديد العوامل النفسية الداخلية والإجتماعية الخارجية وتأثيرها على عمل الأفراد ووظائفهم الإجتماعية وترى فلورنس" Florence" بأن هدف خدمة الفرد هو

---

[1] Hamilton , Gordon , Theory and Pratice of social work , pp 12 and 370.

[2] Hollis , Florence , " social casework , " a Psycho - Social Therapie.

مساعدة الفرد على إشباع حاجاته والقيام بأدواره الإجتماعيـــة علـــى أحســن وجه[1]. وقد إستطاعت أن تقدم وصفا دقيقا للعلاج الخاص بخدمه الفرد يلائـــم مختلف أنواع المشكلات الإجتماعية النفسية التي يعاني منها المريض.

وتعرف هيلين بيرلمان " Helen Perlman " خدمة الفرد بأنها العملية التي تستخدمها مختلف مؤسسات الرعاية الإجتماعية لمساعدة الأفـــراد علـــى مواجهـــة المشكلات والتغلب عليها وخاصـــة تلـــك التـــي تحـــول دون تـــأديتهم لوظـــائفهم الإجتماعية[2]، وهذا المفهوم الخاص بخدمة الفرد كطريقة يؤكد على أهمية العلاقـــة بالمؤسسة والتعرف على بعض العناصر المتعلقة بعملية مشاركة الفرد (المريض أو صاحب المشكلة) في تلك العلاقة ولا شك فإن مشاركة الفرد (صاحب المشـــكلة أو المريض) تعني في نهاية الأمر أهميته كعنصر من عناصر تنفيذ الخطة التي يعدها الأخصائي. وبالتالي يشترك الطرفان في الوصول إلى الهـــدف المنشـــود وتحديـــد الإتجاه العام[3].

ويشير فيلكس" Felix P. Biestek " إلى علاقة خدمة الفرد كعمل متكامل في نوعيته بالجوانب الفكرية والروحية، ويشير هذا العمل إلى مدى التقدم الحاصل في عملية خدمة الفرد كطريقة لمساعدة الأفراد علـــى كيفيـــة إســـتخدام الخـــدمات الإجتماعية[4].

وعموما يمكن القول بأن خدمة الفرد كطريقة تعني مشاركة الطرف الآخـــر (المريض مثلا أو صاحب المشكلة) في علاقة مع الأخصائي تتضمن كيفية الإستفادة من الخمات الإجتماعية، أو أنها خدمة شخصية يقوم بتوفيرها عدد من الأخصائيين

---

(1) Ibid. p 1.

(2) Perlman , H elen , Social Casework , A P roblem Solving Process , p. 4.

(3) Ibid. p. 203.

(4) Biestek , F. P. and J. S , "The Casework Relationship ".

المؤهلين لعدد من الأفراد الذين يحتاجون لمساعدة خاصة في مواجهة المشكلات المادية والنفسية. وهذا النشاط يتطلب من الأخصائي الإجتماعي تقدير الحاجات الخاصة بالفرد في إطار أسرته أو المجتمع الذى يقيم فيه، وخدمة الفرد تقوم بهذا النشاط على أساس الثقة المتبادلة بين جميع الأطراف والمتضمنة تعزيز قدرات الفرد وتمكينه من التعامل مع مشكلاته الخاصة وتحقيق التكيف المطلوب مع بيئته[1].

وهناك عدد من الخطوات الأساسية التي تسير عليها عملية خدمة الفرد ويمكن إجمالها بما يلي:

1- **دراسة الحالة:** وتهدف إلى تفهم شخصية الفرد وموقفه ومشكلته في ضوء الحقائق الشخصية والموضوعية من أجل الوصول إلى العلاج اللازم للمشكلة.

ودراسة الحالة في هذا الإطار تعني عملية ذات أبعاد نفسية وإجتماعية إضافة إلى تحديد المؤثرات الخارجية في التأثير على شخصية الفرد، ولاشك فإن الفرد المريض أو صاحب المشكلة يعتبر من أهم المصادر التي يمكن من خلالها الوصول إلى المعلومات اللازمة لدراسة الحالة ومن الطرق المهمة في الحصول على المعلومات المطلوبة هي المقابلة التي تشكل جوهر مهنة الأخصائي، وتختلف أساليب إجراء المقابلة بإختلاف الشخص ونوع مشكلته وبإختلاف الغرض من المقابلة وعدد المقابلات، فالموقف في كل مقابلة يختلف عنه في المقابلات الأخرى[2]، وقد يحتاج الأخصائي في دراسته لحالة الفرد إلى معلومات أخرى يمكن الحصول عليها من مصادر خارجية غير الفرد وأهم هذه المصادر الأسرة، المسكن، محل العمل، الأصدقاء، الوثائق، وسجل البيانات والمعلومات.

---

(1) Adefinition of casework by British Contribution to an International Study of Terminology.

(2) يونس، الفاروق زكي، مرجع سابق، ص203.

2- **التشخيص:** ويعني تحديد الجوانب النفسية الإجتماعية للمشكلة بالإعتماد على المعلومات والحقائق المتصلة بالفرد والتي تم الحصول عليها في دراسة الحالة ومن ثم معرفة سلوك الفرد تجاه مشكلته ومعرفة الموارد والإمكانيات المتوفرة لدى المؤسسة والمجتمع لمواجهة المشكلات، ويتضمن التشخيص رأى الأخصائي الذي يستند إلى مجموعة من المعارف والخبرات من أجل معرفة حالة التفاعل بين العوامل الذاتية للفرد والبيئة المحيطة به، وفي بعض الحالات التشخيصية التي يرافقها تدهور في صحة الفرد (المريض) يتوجب أن يتدخل التشخيص الطبي، إذ يقوم الأخصائي الإجتماعي بتحويل مثل هذه الحالات على الأخصائي الطبي أو للإشراف على الحالة الصحية على أن يتولى الأخصائي الجوانب الأخرى للمشكلة[1].

3- **العلاج:** الهدف من العلاج هو تنمية قدرات الفرد على التكيف الإجتماعي والتوازن بين العوامل الذاتية للفرد والخارجية للبيئة المحيطة، وتتحقق الأهداف النفسية والإجتماعية للعلاج من خلال تغيير الوضع الذى يوجد فيه الفرد كما في تقديم الخدمات والمساعدات، أو بتغيير الوسط الذي يعيش فيه عن طريق إبداعه في المؤسسات المعنية أو عن طريق تغيير أو تعديل البرامج، ويتم الوصول إلى مثل هذه الأهداف بالإعتماد على الفرد صاحب المشكلة عن طريق تغييره لإتجاهاته ومظاهر سلوكه لتتفق مع ظرفه الخاص.

ويتوقف العلاج ومدى فاعليته على التشخيص الدقيق الذي يأخذ في الإعتبار معرفة شخصية الفرد وسلوكه وظروفه وإحتياجاته، بحيث يقوم العلاج على تفاعل العوامل النفسية والإجتماعية والإقتصادية ويعتمد رسم الخطة على أساس معرفة العوامل المتداخلة وأهمية كل عامل[2]، والعلاج في خدمة الفرد يكون في إطار

---

[1] يونس، الفاروق زكي، مرجع سابق، ص218.

[2] المرجع نفسه، ص219.

المشكلة الخاصة بالفرد، فإذا كانت المشكلة ذات أبعاد شخصية وبيئية فإن العلاج يكون ذاتيا، أي العلاج الموجه مباشرة نحو الفرد كما في تعديل إتجاهاته وأفكاره وسلوكه ومعرفة ما لديه من قدرات وتوجيهها بطريقة أكثر توازن وتوافق مع البيئة المحيطة، ويهدف العلاج البيئي إلى تخفيف الضغط الذي يمارس على الفرد من البيئة مثل تدهور الوضع الإقتصادي، سوء معاملة الغير، الأمر الذي يستدعي إصلاح هذا الوسط أو تحول الفرد إلى بيئة أخرى[1].

2- خدمة الجماعة:

خدمة الجماعة كطريقة من طرق الخدمة الإجتماعية تم التوصل إليها من قبل ماري ريشموند " Mary Richmond " عام 1917 ولكنها لم تلق تقبلا كطريقة أساسية في ممارسة الخدمة الإجتماعية حتى نهاية العشرينات وبداية الثلاثينات، وتم بالفعل تنظيم دورات خاصة بالخدمة الإجتماعية لتدريس هذه الطريقة في مدارس العلوم الإجتماعية التطبيقية، وتعتمد هذه الدراسات في جانبها النظري على الدراسات السوسيومترية لتكيف الجماعة[2]، وتم أيضا تنظيم بعض الدورات التدريبية الخاصة بالأخصائيين الإجتماعيين وفي نفس الفترة بإستخدام النظريات الخاصة بالأنثروبولوجيين والسوسيولوجيين الأوائل.

وتم عام 1935 إنشاء قسم جديد عن خدمة الجماعة منفصل عن المؤتمر القومي للخدمة الإجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية،وشهد عام 1936 إنشاء الجمعية القومية لدراسة خدمة الجماعة، وبعد ما يقرب من عشرة سنوات تحولت هذه الجمعية إلى ما يسمى بالجمعية الأمريكية للأخصائيين الإجتماعيين في مجال خدمة الجماعة، وتطورت فيما بعد إلى الجمعية القومية للأخصائيين عام 1955،

---

[1] يونس، الفاروق زكي، مرجع سابق، ص223.

[2] I, Wilber , "Newstetter and Research Associates , Group Adjustement , A Study in Experimental Sociology , in Ruth E. Smalley ", Theory for social work Practice . op - cit. p. 30.

حتى تم إعادة تنظيمها عام 1963 حيث تكونت مجموعة مجالس بما في ذلك مجلس خدمة الجماعة.

وهكذا بدأ أخصائيو خدمة الجماعة في مرحلة العشرينات والثلاثينات تحديد وظائفهم ومعرفة مجالات ممارساتهم المهنية عن طريق دراسة السجلات الخاصة بالجماعة، وظهر نوع من الإتفاق العام حول بعض المفاهيم والنظريات الملائمة لهذا الميدان من أجل معرفة سلوك الجماعة، وعندما بدأت خدمة الجماعة تدرس في مدارس الخدمة الإجتماعية خلال السنوات (1925 – 1935) بدأ أيضا تدريس نظرية السلوك، ولهذا صار من الضروري إدخال نظريات الشخصية التي تؤكد على العلاج وخاصة للمشكلات النفسية[1].

وقد أكدت كويل "Coyle" على أهمية الدراسة والأدوار التي يقوم بها الأخصائي الإجتماعي وخاصة مع الجماعة ومنها الدور الإداري، وإهتمت أيضا بدراسة العلاقات داخل الجماعة وبين الأفراد أنفسهم وبين الفرد والجماعة، كما وأشارت إلى وظيفة المؤسسة والأهداف التي تؤديها والإطار العام الذي يستطيع قائد الجماعة العمل فيه[2]، ومن الجوانب المهمة التي أكدتها " Coyle " أن خدمة الجماعة كطريقة تقود إلى عملية مهمة تتضمن العدد من الخطوات ومنها معرفة الحالة أو الوضع العام، والوعي بأهمية العوامل وتحديد المشكلات، وتصنيفها، وتحديد العلاج... إلخ، وجميع هذه الأمور تشكل الوظائف المهمة للممارسة المباشرة[3].

---

(1) Coyle , Grace L , " Social Science in the Professional Education of social workers , p- 31.

(2) Coyle , Grace L "Group work with American Youth. , p. 25.

(3) Coyle , Grace L , " Social Science in the Professional Education of social workers. " , p. 46.

وتشترك أغلب المؤسسات الإجتماعية التي تقدم خدماتها للجماعة في غرضين أساسين وهما[1]:

1- مساعدة الأفراد الذين يستخدمون الجماعة من أجل الحصول على ما يلبي إحتياجاتهم النفسية والفكرية والجسمية.
2- مساعدة الجماعات على تحقيق أهدافها بطريقة يتوفر فيها نوع من الديمقراطية الإجتماعية، والسياسية والإقتصادية.

وهكذا فطريقة خدمة الجماعة صممت لتنفيذ أغراض المؤسسات التي تخدم الجماعة من خلال الدور الذي يقوم به الأخصائي الإجتماعي والمتمثل بالتحفيز والتبسيط والتوضيح والتنفيذ والتعليم والتحديد أو السماح أو حسب متطلبات الموقف[2].

وتوضح هيلين فيليبس "Helen U. Phillips" في دراستها عن مهارات خدمة الجماعة وأساسياتها بقولها: خدمة الجماعة كمهنة تساعد الناس على إستخدام خبرات الجماعة من أجل تحقيق غاياتهم الإجتماعية، ولهذا فإن الخصائص المميزة لطريقة خدمة الجماعة تكمن في تأكيدها على أهمية العلاقات داخل الجماعة وعملية التفاعل بين أعضاء الجماعة والموجهة من قبل الأخصائي الإجتماعي[3].

وقد إستطاعت "Helen" تطوير المهارات الخاصة بخدمة الجماعة والضرورية لتحقيق أهداف الجماعة، وتؤكد بأن خدمة الجماعة تعني مشاركة الجماعة ككل وأعضائها في علاقة مع الأخصائي الإجتماعي ومع بعضهم البعض لتسهيل إستخدام خبرات الجماعة اللازمة لتحقيق أهداف الفرد والجماعة داخل حدود البرنامج الخاص بالمؤسسة.

---

(1) Wilson , Gertrude and Ryland , G , "Social Group Work Practice " , p. 61.
(2) Ibid -.
(3) Phillips , Helen U , "Essentials of Social Group Work Skill " , pp. 42 - 43.

3- تنظيـــم المجتمـــــع:

تنظيم المجتمع هو الطريقة الأخيرة من الطرق الأساسية للخدمة الإجتماعيـة وهناك في حقيقة الأمر بعض الصعوبات المترتبة على عملية التمييز بـين تنظـيم المجتمع كطريقة وتنظيم المجتمع كمجال للممارسة، إذ أن لكل من هذين النـوعين نشاطاته وبرامجه الخاصة به، وقد كانت النشاطات الخاصة بتنظيم الإحسان تشـكل الإهتمام المركزى لجمعيات تنظيم الإحسان، وتعرف طريقة تنظيم المجتمع بأنهـا " العملية التي يشترك من خلالها الناس كمواطنين في مجتمع أو ممثلـين لجماعـات معينة في تحديد حاجاتهم من الرعاية الإجتماعية أو تعبئة مواردهم المتاحة"[1]. ومن الضروري هنا التمييز بين طريقة تنظيم المجتمع وعملية تطوير المجتمع، فعمليـة تطوير المجتمع هي كطريقة تنظيم المجتمع تعني عملية مشـاركة المـواطنين[2]، وبمعنى آخر تشير إلى نوع من أنواع البرامج التي تهتم بالنهوض بكافـة مظـاهر الحياة داخل المجتمع، وهناك العديد من العمليات والطرق المستخدمة للتأثير علـى هذه العملة بإتجاه تحقيق أهداف البرنامج، وهذه الأهداف تتجسد في نـوعين وكمـا يلي:

1- الأهداف التقنية الفنية: وتهتم بالجوانـب العلميـة، الصـناعية، التربويـة، الزراعية، وبرامج الإسكان والصحة... إلخ، ويتطلب تنفيذ هـذه الأهـداف مساعدة الخبراء الفنيين من خارج المجتمع للمشاركة كل حسب إختصاصه من أجل التخطيط أو تقديم الإرشادات أو التعليم أو القيام بالمهام التي تتطلب خبرات ومهارات خاصة.

---

(1) N. C - Neil , C. F "Community Organization for social Welfare ". Social work Year Book. 1954. p. 121.

(2) Ryder , Eleanor , " Essence of a statement Prepared for use of the school of social work ; university of Pennsylvania , 1964.

2- الأهداف الإجتماعية: والتي تهتم بالعلاقات البشرية وتطوير عملية مشاركة المواطنين وخاصة السكان الأصليين في التخطيط والإدارة والتنفيذ وتقييم برامج تطوير المجتمع.

وهكذا فبرامج تطوير المجتمع، إذا ما أريد لها النجاح يجب أن تأخذ في الإعتبار هذين الهدفين، وتساهم الخدمة الإجتماعية في عملية تطوير المجتمع من خلال إستخدام كافة العمليات التي تساهم في تنفيذ البرامج والتركيز على توفير الرعاية المجتمعية العامة، وتتمثل القيمة الأساسية لعملية خدمة الجماعة من خلال الدعم الذي تقدمه للأفراد في تعلم العمل الجماعي عن طريق العلاقات المباشرة التي تمكنهم من تحديد المشكلات الإجتماعية والعمل على إيجاد الحلول اللازمة لها، وتعرف طريقة تنظيم المجتمع بأنها العملية التي يستطيع من خلالها الأفراد والمنظمات من تطوير العلاقات التي تمكنهم من العمل الجماعي الذي يهدف إلى تحقيق الأهداف الإجتماعية المشتركة.

ومن التعاريف السائدة في الخدمة الإجتماعية والتي تستخدم كإطار لتعريف تنظيم المجتمع كأحد طرق الخدمة الإجتماعية هو التعريف المقدم من كينث بري "Kenneth Pray " والذي يؤكد بأن الخدمة الإجتماعية هي الجهد المستخدم مباشرة لتحقيق أغراض الرعاية الإجتماعية وتسهيل عملية مساعدة الأفراد وبالتالي تحقيق الرفاهية الإجتماعية في حدود المجتمع المستقر[1]، ويؤكد هارولد لويس " Harold Lewis" بأن تنظيم المجتمع يعني عملية الدعم والمساعدة لأن طريقة تنظيم المجتمع تتضمن أهم عنصر من عناصر صياغة سياسة الرعاية الإجتماعية... ويقوم أخصائي تنظيم المجتمع بالإعتماد على معارفه العلمية في تسهيل وتعزيز عملية الدعم والمساعدة[2]، وهكذا يكون أخصائي تنظيم

---

[1] Pray , Kenneth L M "What makes Community Organization social work ", Social Work in a Revolutionary Age , p. 276.

[2] Lewis , Harold , " Toward a Working Definition of Community Organization ".

المجتمع على دراية تامة بالمعايير الإجتماعية والقيم التي تدخل في صياغة السياسة الإجتماعية وتنفيذها، ويهتم أخصائي تنظيم المجتمع ليس فقط بمعرفة البناء الإجتماعي، أو التنظيم أو التاريخ أو عمل المؤسسات الإجتماعية ولا حتى المعايير التي توجه كيفية إستخدام قوى المجتمع، وإنما المهارات الخاصة بالعمل مع العناصر البشرية وكيفية صياغة سياسة الرعاية الإجتماعية.

وقد حاولت الأدبيات الحديثة معرفة الفرق بين دور الأخصائي في تنظيم المجتمع هل هو توجيهي أم يقتصر على الدعم والمساعدة[1]؟ وهنا يأتي مفهوم بري "Pray" لتنظيم المجتمع كعملية من عمليات الخدمة الإجتماعية هو تسهيل عملية التكيف الإجتماعي للناس من خلال الإستخدام البناء للعلاقات الإجتماعية التي تمكن الناس من تحقيق أهدافهم والقيام بمسؤولياتهم الإجتماعية وبالتالي المشاركة في عملية التصدي للمشكلات الناجمة عن العلاقات الإجتماعية وسوء التكيف الإجتماعي[2].

وبإختصار فإن عملية تنظيم المجتمع لا تختلف عن خدمة الفرد وخدمة الجماعة لأنها تقوم بوظيفة تقديم الدعم والمساعدة حيث يتحمل الأخصائي الإجتماعي مسؤوليته في هذه العملية، وأن الهدف المركزي لهذه العملية هو إستخدام الذات في العلاقة المباشرة مع الأفراد والجماعات وطريقة الأخصائي الإجتماعي في التأثير على مشاعر ومصالح الأشخاص المعنيين، وعلى هذا الأساس تعرف طريقة تنظيم المجتمع بأنها طريقة مشاركة المجتمع ككل بأجزائه المختلفة جماعات، وأفراد، وتنظيمات في علاقة مباشرة مع الأخصائي الإجتماعي ومع بعضهم البعض نحو تحقيق رفاهية المجتمع، وعموما فإن جميع الطرق والمناهج الخاصة بالخدمة الإجتماعية وخاصة الأساسية منها (خدمة الفرد، خدمة الجماعة، وتنظيم المجتمع)

---

(1) See , Jack Rothman , in Social Work , vol 9 , no.2. 1964.

(2) Pray , Kenneth L. M , "Social Work in a Revolutionary Age " , op - cit. p. 277.

تدخل في إطار التعريف الخاص بممارسة الخدمة الإجتماعية الذي قدمته الجمعية القومية للأخصائيين الإجتماعيين والذي يؤكد: ((بأن ممارسة الخدمة الإجتماعية لا تختلف عن المهن الأخرى من حيث أنها تتميز بمجموعة من القيم والأغراض، والتصديق، والإطار المعرفي، والمنهج... وهذه الأجزاء متفاعلة ولا يوجد جزء أكثر أهمية من غيره... وهذه المكونات هي التي تجعل ممارسة الخدمة الإجتماعية تختلف وتتميز عن بقية المهن[1]، ومن المفاهيم الأساسية للمناهج الثلاثة في الخدمة الإجتماعية ما يلي:

1- مشاركة الفرد أو الجماعة أو المجتمع في التعرف على حاجاته وتحديد الأهداف وتقديم المساعدة وهذا يتطلب العمل مع الناس وفقا لقدراتهم وإمكانياتهم.
2- النظر إلى المشكلة كما يراها الفرد، ودراسة موقف الجماعة بشكل مباشر وتحديد إحتياجات المجتمع المحلي.
3- العمل على توطيد علاقة الأخصائي الإجتماعي بالفرد وأسرته، ومع أفراد الجماعة، والمجتمع المحلي، وإستخدام هذه العلاقة لتحقيق نمو الفرد والجماعة والمجتمع.
4- الوعي بأهمية المشكلات التي تواجه الفرد والجماعة والمجتمع وإتاحة الفرصة لهم في التعبير عنها، لأن التحرر من هذه المواقف السلبية يدفع الفرد للإنطلاق والمساهمة في البناء.
5- تقديم المساعدات اللازمة من خدمات وبرامج للفرد والجماعة والمجتمع وبما يمكنهم من الإستقرار وتبديد المواقف التي تحول دون تكيفهم.

---

(1) Bartlett , H. , " Toward Clarification and Improvement of Social Work Practice " ; A Working Definition of Social Work Practice ; social work , vol 3 , No -2.

11- الطرق الثانوية للخدمة الإجتماعية:

هناك إضافة إلى الطرق الثلاث الرئيسية للخدمة الإجتماعيـــة العمليـــات أو الطرق الثانوية والتي تتضمن الإشراف، الإدارة،البحث والتعليم أو تدريس الخدمـــة الإجتماعية وكما يلي:

1- الاشـــراف:

يعني الإشراف كجانب من جوانب الإدارة بدراسة العامـــل فـــي المؤسســـة وتسهيل مهمته بطريقة أكثرفاعلية بما يعودبالنفع على شخصية الفرد (المـــريض أو صاحب المشكلة)، والعامل في هذه الحالة يتحمل مسؤوليته الكاملة للقيـــام بـــدوره والمساهمة بوظيفة المؤسسة، والإشراف لا يقتصر على العملية الخاصة بالمؤسسة ككل ولكن في حقيقة الأمر يشمل العملية الإدارية، وقد تطور الإشراف كمـــا هـــو الحال لبقية طرق ومناهج الخدمة الإجتماعية عبر مراحل تاريخية مختلفة وكانت له أدبياته المميزة، ومع تطور الخدمة الإجتماعية تزايد القلق بين مختلف العاملين فـــي الإدارة حول مهنة الخدمة الإجتماعية طالما إستمر الإشـــراف كأحـــد الخصـــائص المميزة للمؤسسة، فهناك نوع من الإتفاق مفاده بأن كل من الإشراف والإدارة تعتبر من العمليات غير الديمقراطية.

الإشراف كعملية يستخدم بشكل أكبر في الأعمال والصـــناعات والمجـــالات الإنسانية الأخرى، ويعني مراقبة عمل الآخر ومسؤوليته عن نوعية العمل، وقد كان للتوسع الذي شهدته برامج الرعاية العامة خلال مرحلة الثلاثينات دورا مهمـــا فـــي زيادة الحاجة إلى الإشراف وخاصة لمراقبة العاملين غير المـــدربين، والإشـــراف يعتبر نوعية البرامج وكفاءة العاملين في مجال الخدمات الإجتماعية، إذ يصبح مـــن مسؤولية إدارة المؤسسة أيجاد النمط اللازم من الإشـــراف الـــذي يضـــمن تـــوفير البرامج وتحسين نوعية الخدمات، فالمجتمع يدعم برامج رعاية الطفولة والخـــدمات الأسرية والمساعدات العامة أو المؤسسات الإجتماعية (كالمدارس والمستشـــفيات)

وذلك من خلال تقديم الخدمات الإجتماعية التي تمكن تلك المؤسسات من تحقيق أهدافها بكفاءة عالية.

ومن الجوانب الإيجابية الأخرى التي تنطوي عليها عملية الإشراف هو توفير القنوات التي يمكن للمؤسسة عن طريقها تقديم خدماتها الكافية بالإعتماد على ما يتوفر في المجتمع من موارد، إضافة إلى الجانب الآخر المتمثل بإستخدام العامل لخبراته اللازمة لتعديل سياسة المؤسسة وخدماتها وحسب تغير الظروف[1]، وقد ساهمت الخدمة الإجتماعية أكثر من بقية المهن في النهوض بعملية الإشراف، إلى المستوى المهني وبما يخدم أغراضها المهنية، فعمليات الدعم والمساعدة التي تستخدم في طريقة خدمة الفرد وفي مرحلة لاحقة خدمة الجماعة قد إنتقلت في نهاية الأمر إلى علاقة دعم ومساعدة من خلال عملية الإشراف لمختلف الأفراد الذين يشتركون في تلك العملية، ولكن بغايات وإهتمامات خاصة تميزها عن غيرها من العمليات في الخدمة الإجتماعية، وينطوي الإشراف، حتى يتسنى له تحقيق أهدافه على وظائف إدارية وتقييمية وتعليمية.

وتؤكد فيرجينا روبنسن " Virginia Robinson " بأن أهم خطوة تحققت في مجال الإشراف كعملية، تم إستخدامها في الدراسات الميدانية من قبل الطلبة، بإعتبارها (أي عملية الإشراف) تمثل الجزء المركزي من التعليم المهني للأخصائيين الإجتماعيين، وتوضح روبنسن "Robinson" طبيعة الإشراف المهني في الخدمة الإجتماعية، وكما مستخدم في الدراسات الميدانية وخدمة الفرد، بإعتباره جزء من عملية تعليم الخدمة الإجتماعية[2]، وتعرف الإشراف بأنه العملية التعليمية التي يستطيع من خلالها الفرد المزود بالمعارف والمهارات أن يتولى

---

[1] Smalley , Ruth. E. , "Theory for Social Work Practice ". op- cit.p.46.

[2] Robinson , V. P. , "The Dynamics of Supervision under Functional Control.

مسؤولية تدريب شخص آخر أقل قدرة ومهارة، وعملية التعليم في مجال خدمة الفرد وتتم عن طريق المناقشات أو اللقاءات بين المشرف والتلميذ.

وهناك عدد آخر من الكتاب الذين ساهموا في دراسة عملية الإشراف في الخدمة الإجتماعية ومنهم كريس ماركوز " Grace Marcus " وشارلوت تاول "CharlotteTowle" وقد أكد ماركوز "Marcus" على أهمية الإستقلال المهني للعامل، إذ يؤكد بأن تطور أي مهنة في معارفها ومهاراتها يعتمد على مدى فاعلية التواصل بين أعضائها والعمل معا في علاقات مسؤولة وبموجب هدف مشترك واحد، ويلاحظ تاول "Towle" الجانب المميز للإشراف في عملية الدعم والمساعدة بدون أن يتعارض ذلك مع الأغراض العلاجية الأخرى أو مع خدمة الفرد في المؤسسة[1]، ويعرف الإشراف بأنه عملية ذات أهداف ثلاث: تعليم، مساعدة وإدارة[2]، ومن الأمور التي تجعل الإشراف في مؤسسات الرعاية الإجتماعية طريقة مميزة من طرق الخدمة الإجتماعية هو حقيقة كونها تهتم في تحقيق أغراض المؤسسة الإجتماعية.

2- الإدارة:

الإدارة في الخدمة الإجتماعية مع مسؤوليتها عن عمل المؤسسة ككل، تشترك مع بقية العمليات في حاجتها لمختلف المهارات والمعارف التي تتطلبها عملية خدمة الفرد، خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع، إن ما يتطلبه عملها من كوادر مهنية متخصصة هو الذي جعل منها عملية لها خصائصها المميزة ومبادئها التي تجعل منها عملية مهمة من عمليات الخدمة الإجتماعية، وتؤكد سبنسر "Spencer" بأن

---

[1] Marcus , Grace , "The need and Value of Supervision ,"Journal of Social Work Process , vol 10 , 1959.p.56.

[2] Towle , Charlotte , "The Place of help in Supervision." social Service Review , vol -37. No4. 1963.

إدارة الخدمة الإجتماعية كوظيفة الخدمة الإجتماعيــة تتضــمن إصــدار الأحكــام وإستخدام المعارف والمهارات المهنية، والتي وإن لم تكن غريبــة علــى الخدمــة الإجتماعية إلا أنها تختلف عن المعارف والمهارات التي تتطلبها إدارة الأعمال[1]، وهناك نوع من الإتفاق العام بأن الإستعداد لممارسة الإدارة يعتبر مــن الوظــائف الملائمة للخدمة الإجتماعية مع أن ممارستها في هذا المجال تختلف عن بقية المهن والمجالات الأخرى، فالمبادىء الخاصة بها وإستخدامها الواعي هو الذي يجعل منها عملية من عمليات الخدمة الإجتماعية، وطبيعة الإختلافات هي التي تميزها عن بقية العمليات الخاصة بالخدمة الإجتماعية، ومن المفارقات الغريبة في هذا المجال هــو وضوح تعليم المعارف والمهارات في مدارس إدارة الأعمال أكثر مما هو عليه في مدارس الخدمة الإجتماعية، مع أن هذه المهارات والمعارف يحتاجها الأخصــائيون الإجتماعيون كغيرهم من العاملين في هذا المجال وفي جميع الإدارات، وهذا يعني بأن الإدارة كعملية لم توفق في مجال الخدمة الإجتماعية بالمقارنة مع بقية المجالات في إستخدام المعارف والمهارات المهنية، وتعلــق علــى ذلــك كينيــــث بــرى "Kenneth Pray" بقولها أن عمليات البحث، والإدارة والتخطيط يفترض أن تهتم بالحقائق والأفكار بدلا من إهتمامها بالناس، فهذه العمليات تتطلب نوع مختلف مــن الناس وتخضع لنوع مختلف من القواعد والأنظمة[2].

وتؤكد "Robinson" في أحد دراساتها، النتائج التي توصل إليهــا آخــرون حول المهام الأساسية للاداري في مجال الخدمة الإجتماعية[3] وتضيف أن أهم مــا يميز الإدارة كعملية هو حاجتها للمهارات والمعارف، فالفرق بــين الإدارة وبقيــة

---

[1] Spencer , Sue , " The Administrative Method in Social Work Education ,"Social Work Curriculum Study , vol 3 , p. 17.

[2] Pray , Kenneth.L. M , "Social Work in a Revolutionary Age." op-cit.p.285.

[3] Robinson , Virginia. P , "The Administrative Function in Social Work."in Four Papers on Professional Function. p. 30.

العمليات في مجال الخدمة الإجتماعية هو أن الإداري يجسد أو يمثل وظيفة المؤسسة وبشكل أكثر كفاءة بالمقارنة مع بقية العاملين، فالإداري في الواقع هو المؤسسة وتناقش "Robinson" أيضا مصطلح ((الممكن)) أو الشخص الذي يساهم في تقديم الدعم المطلوب، بإعتبار ذلك العمل من الوظائف المهمة للإداري، وسوف نناقش جميع هذه الأمور بالتفصيل في الفصل الأخير من هذا الكتاب.

3- البحث في مجال الخدمة الإجتماعية:

حظي البحث في مجال الخدمة الإجتماعية بإهتمام العديد من الدراسات التي أعتبرت الإلمام بالبحث العلمي من الشروط الأساسية التي ينبغي توفرها لدى خريجي مدارس الخدمة الإجتماعية، ويؤكد هارولد لويس "Harold Lewis" أهمية البحث داخل المؤسسة الإجتماعية بإعتباره أحد العمليات المساعدة التي تقوم بها المؤسسة، ويضيف بأن الباحث يحتاج إضافة إلى المهارات الخاصة بالتعامل مع المشكلات والتغلب عليها، معرفة طبيعة العلاقات الإنسانية، لأن خدماته التي يقدمها للناس تنتقل من طريق تلك العلاقات[1]، والباحث بناء على ذلك لا بد وأن يلتزم بالأهداف العلمية، وأخلاقيات البحث العلمي، وهذه الأمور جميعا هي التي تبرر وجوده في المؤسسة، وعموما فالبحث الإجتماعي يعني التعرف على أصلح الطرق التطبيقية في مجال الخدمة الإجتماعية والتي تمكن من تحقيق الأهداف والأداء الأحسن للمهام.

4- تدريس الخدمة الإجتماعية وتعليمها:

يشكل التعليم كما هو الحال بالنسبة للإشراف، والإدارة والبحث مجالا وعملية من عمليات الخدمة الإجتماعية، ويتطلب تدريس الخدمة الإجتماعية معرفة الناس، وتحديد الأدوار، وتأكيد الأهداف والبرامج والإلتزام بالعملية ككل وإستخدام كافة

---

(1) Lewis, Harold , "Research Analysis as an Agency Function ".Journal of Social Work Process , vol -13 , 1962.p.73.

المبادىء الخاصة بعمليات الخدمة الإجتماعية، وقد ظهرت العديد من الكتابات حول موضوع تدريس الخدمة الإجتماعية منذ الخمسينات والستينات ساهم بإعدادها المجالس الخاصة بتدريس الخدمة الإجتماعية والمنظمات المهنية الأخرى ذات العلاقة بتعليم الخدمة الإجتماعية، ويشكل تقرير هولس وتايلر"Hollis" و"Taylor"[1] أهمية كبيرة في مجال تدريس الخدمة الإجتماعية كما ويشكل أبرز وأهم المناهج الدراسية في مرحلة الخمسينات لما يتضمنه من تقييم شمولي لعملية التدريس في الخدمة الإجتماعية، وتتضمن برامج تعليم الخريجين من مدارس الخدمة الإجتماعية الكثير من العناصر المشتركة التي تضمنها التقرير أعلاه ليس في المضمون فحسب وإنما في الطريقة أو المنهج المستخدم ويمكن إعتبار كل برنامج بمثابة عملية متكاملة لها حدودها الزمانية بداية ووسطا ونهاية، ويتضمن البرنامج جميع الخطوات التي ينبغي على الطالب تعلمها بما يساهم في عملية إعداده قبل أن يصبح أخصائيا إجتماعيا مهنيا.

أخيرا فتدريس أو تعليم الخدمة الإجتماعية يعني إعداد الأخصائيين الإجتماعيين المؤهلين لممارسة الخدمة الإجتماعية وتتضمن برامج لإعداد تخريج الأخصائيين الذين هم على كامل الإستعداد للدخول مباشرة إلى مجال الممارسة والإلتزام بالعمل المستمر على تطوير مهاراتهم المهنية طوال حياتهم العملية.

وتأسيسا على ما تقدم تساهم العمليات أو الطرق الثانوية مساهمة إيجابية في تطوير المعرفة ذات العلاقة بممارسة الخدمة الإجتماعية وإتساعها ونقلها إلى الطلاب والدارسين ورغم أنها تشترك في كثير من العناصر العامة للخدمة الإجتماعية إلا أنها تختلف في خصائصها المميزة وأغراضها التي تسعى إلى تحقيقها.

---

[1] Hollis , E.V.and Taylor , A.L. , "Social Work Education in the United States ; the Report of a study made for the National Council on Social Work Education.

الفصل الرابع

المجالات الأساسية للرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية

ويتكون من:

1. رعايـــة الطفولـــة.
2. رعايـــة الأســـرة.
3. رعايـــة المسنيـــن.
4. رعايـــة المعاقيـــن.
5. رعايـــة الأحـــداث.
6. الرعايـــة الإجتماعيـــة للعمـــال.
7. الخدمـــة الإجتماعيـــة في المجـــال الطبي.
8. الخدمة الإجتماعية في المجال المدرســـي.

الفصل الرابع

المجالات الأساسية للرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية

المقدمة:

يتناول هذا الفصل المجالات الأساسية للرعاية الإجتماعية في الوطن العربي. ونظرا لتنوع هذه المجالات وتعدد برامجها، فسوف نقتصر على عرض موجز لأبرز النشاطات التي تقوم بها وزارة الشؤون الإجتماعية والبرامج التي تتولى تنفيذها والإشراف عليها. وسنحاول أيضا التعريف بالمؤسسات والأجهزة الإدارية التابعة للوزارة في كل مجال من هذه المجالات. ونستبعد من هذه الدراسة النشاطات الأخرى ذات العلاقة بالعمل الإجتماعي والرعاية الإجتماعية التي تقوم بها بقية الوزارات والمؤسسات التابعة لها كالمجال الصحي والتربوي والإسكان وما إلى ذلك من المجالات التي تدخل في إطار المفهوم الواسع للرعاية الإجتماعية والمطبق في المجتمعات الغربية أو ما تسمى (بدول الرعاية). والملاحظ فإن هذه المجالات والبرامج ليست ثابتة وإنما تستجيب للتغيرات المستمرة في المجتمعات بحيث يمكن إستحداث مجالات أخرى لتلبية متطلبات أو حاجات المجتمع في مرحلة من مراحل تطوره. وبالنظر لمحدودية مفهوم الرعاية الإجتماعية في الوطن العربي فسوف تقتصر على المجالات التي تمثل أبرز النشاطات الإجتماعية. ومن أبرز هذه المجالات السائدة في أغلبية الأقطار العربية والتي تتخذ أحيانا نشاطات وتسميات مختلفة ما يلي:

1- رعاية الطفولة.
2- رعاية الأسرة.
3- رعاية المسنين.
4- رعاية المعاقين.

5- رعايـــة الأحـــداث وتتضـــمن رعايـــة الأحـــداث المنحـــرفين والمعرضـــين للإنحراف.

6- الرعاية الإجتماعية للعمال.

وإقترحنا إضافة مجالين أخرين من المجالات الأساسية للممارســـة المهنيـــة للخدمة الإجتماعية وهما:

7- الخدمة الإجتماعية في المجـــال الطبـــي.

8- الخدمة الإجتماعية في المجـــال المدرسي.

1- رعاية الطفولة في الوطن العربي:

تشمل رعاية الطفولة بمفهومها الحديث مختلف الأنشطة والبرامج والخدمات الإجتماعية والصحية والنفسية والتربوية التي تقدمها المؤسسات سواء الحكومية أو الأهلية. وتستهدف هذه المؤسسات تنمية الأطفال في المجتمع من النواحي الفكريـــة والجسمية والعاطفية. وقد أسهمت المنجزات التي تحققت في مجال العلـــوم الطبيـــة والإنسانية خلال هذا القرن في تغيير إتجاهات المجتمع نحو الأطفال. ولعل أحـــدث الإتجاهات في حماية الطفل هو العمل على توفير جميع متطلبات الطفل في أســـرته الطبيعية بإعتبارها الوسط الوحيد لتنشئته تنشئة سوية. فقد أثبت الدراسات والتجارب الخاصة بمؤسسات رعاية الطفولة بأن الوسط الطبيعي لنشأة الطفـــل ونمـــوه هـــو أسرته ووجوده بين أبويه وإخوته.

وتشير رعاية الطفولة بمعناها العام إلى ذلك القطاع من الرعاية الإجتماعية الذى يعني بتحقيق الرفاهية للأطفال وصغار السن وتهيئة أفضل الظـــروف للنمـــو الصحي والسوي للأطفال ووقايتهم من أي مخاطر يتعرضون لها وحماية حقـــوقهم. وقد أسهمت الهيئات الدولية في وضع الصيغ المتعلقة بتحقيق هذه الرفاهية وصون تلك الحقوق. ومن ذلك وثيقة إعلان حقوق الطفل الصادرة عن الأمم المتحدة عـــام 1959 والتي حددت الحقوق والحريات التي يجب أن يستمتع بها كـــل طفـــل دون

إستثناء. وهذا الإعلان شأنه شأن الإعلان العام لحقوق الإنسان الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1948 والذي أكد على حق الإنسان في التمتع بجميع الحقوق والحريات بدون أي تمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو أي رأي آخر. ومن أبرز المنظمات والهيئات الدولية التي تعنى برعاية الطفولة، منظمة الأغذية والزراعة، منظمة الصحة العالمية 'WHO'، صندوق الطفولة 'UNICEF' والمنظمات الطوعية مثل الإتحاد الدولي لرعاية الطفولة. وهناك أيضا الكثير من الجهود الحكومية التي تبذل في مجال رعاية الطفولة. والواقع فإن الإهتمام العربي بشؤون الطفل وإشباع حاجاته ومعالجة مشاكله لم يكن معزولا عن الجهود والمساعي الدولية، فإعلان ميثاق حقوق الطفل العربي يعتبر تأكيدا لما تضمنه ميثاق الأمم المتحدة، والإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والإعلان العالمي لحقوق الطفل وغير ذلك من المواثيق الدولية.

وقد شهد الوطن العربي خلال العقد الأخير تطورا ملحوظا في رعاية الأم والطفل تمثل في إنشاء العديد من المؤسسات الإجتماعية والثقافية والصحية، خاصة بعد التغير الذي طرأ على مكانة المرأة نتيجة لدخولها سوق العمل، وتقلص مسؤولية المرأة ووظيفتها كأم وزوجة في رعاية وتربية الأطفال. مما تطلب بذل الكثير من الجهود الحكومية لتوفير الخدمات البديلة لغياب المرأة عن الأسرة. وسوف نتناول موضوع رعاية الطفولة في الوطن العربي من الجوانب التالية:

1- الجانب التشريعي.
2- الجانب التربوي.
3- الجانب الصحي ويتضمن المؤشرات الغذائية والوقائية والعلاجية.
4- الجانب الإجتماعي.

1- الجانب التشريعـــي.

صدرت في الوطن العربي الكثير من التشـــريعات التـــي تســـتهدف حمايـــة المجتمع بشكل عام والأسرة والطفولة بشكل خاص. ومن أبرز هـــذه التشـــريعات التشريع الجنائي، قانون العمل، القوانين المدنية. وتحتل رعاية الطفل مكانا بـــارزا في هذه التشريعات، بحيث يتضمن بعضها فقرات ومواد خاصة بحمايـــة الأســـرة والطفولة. وهناك أيضا القوانين المدنية الخاصة بحماية حقـــوق الأســـرة والمـــرأة العاملة الأطفال والأحداث[1]. وتتضمن تشريعات العمل نصوصـــا قانونيـــة تحـــرم تشغيل المرأة أثناء الليل أو في الأعمال الشاقة المسببة للإرهاق والتعب ويستثنى من ذلك الأعمال الكتابية، العمل في المكاتب والمستشفيات. وفيما يتعلق بالأحداث هناك التشريعات التي تحرم تشغيلهم. ونعني بكلمة الحدث من لم يتجاوز سن الثامنة عشر أو أقل في بعض الأقطار العربية[2].

2- الجانب التربـــوي.

يعتبر التعليم الإبتدائي أساس العملية التربوية والأساس لجميع الجهود التـــي تبذلها الأقطار العربية بهدف محو الأمية وإزالة التخلف بجميع أشكاله. وقد أولـــت الأقطار العربية إهتماما واضحا بهذا القطاع تمثل في جعل التعليم إلزاميا وحق من حقوق الأطفال. وفيما يتعلق بتوفير فرص التعليم غير المباشرة في تطوير مهارات الأطفال ونشاطاتهم اليومية، تقوم الأقطار العربية بتوفير النوادي التربوية والمراكز الترفيهية في المناطق الريفية والحضرية. إضافة إلى الإهتمـــام ببـــرامج الأطفـــال المرئية والمسموعة. ويصل عدد هذه البرامج الأسبوعية في بعض الأقطار العربية إلى ما يقرب من أربعة عشر برنامجا ولفترات زمنية متفاوتة تصل إلى ما يقـــرب

---

(1) عبدالله، إسماعيل، عناصر إستراتيجية تنمية الطفل العربي، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر الطفل العربي للفترة بين 8-10 أبريل، تونس، 1980، ص43.

(2) وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، الجمهورية العراقية، قانون العمل رقم 151 لسنة 1970.

من نصف ساعة للمرةالواحدة، وتتراوح نسبة برامج الأطفال إلى مجموع ساعات البث الإذاعي اليومي في الوطن العربي بين 9% و 2%، فيما يتراوح عدد برامج الأطفال وفترات بثها إلى مجموع البرامج التلفزية بين 50% و 12% وهناك أيضا مديريات وأقسام وخبراء متخصصون في مجال كتابة الأطفال وتوفير الكتب الخاصة بهم وبأسعار مناسبة جدا[1].

وقد حددت المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم التابعة للجامعة العربية 'ALESCO' الأهداف الرئيسية في تعليم وتربية الأطفال كما يلي:[2]

1) الأهداف الذهنية:

أ- تنمية حب المعرفة والإطلاع لدى الأطفال وزيادة قدرتهم على التكامل عقليا وجسمنيا.

ب- إثراء الخيال الذهني لدى الطفل وتنميته وتنشيطه.

د- تنمية قدرة الطفل على الكلام والتعامل اللفظي والتعبير اللغوي.

هـ- تنمية قدرة ومهارة الأطفال على نقل إحساساتهم ومشاعرهم وآراؤهم.

و- مساعدة الأطفال على إكتساب المهارات والخبرات العلمية.

2) الأهداف الإنفعالية:

وتشمل الأهداف التالية:

أ- تنمية وتدعيم وتوجيه القيم الأخلاقية والدينية والروحية والإنسانية لدى الطفل.

ب- غرس مبادىء الثقة والإعتزاز بالنفس لدى الطفل.

جـ- صقل وتهذيب ذوق الطفل وإحساساته ومشاعره.

د- تعويد الطفل على تحمل المسؤولية وغرس روح التسامح والإحترام للغير.

---

[1] عبد الحليم، أحمد، الطفل العربي في إطار البيئة المجتمعية والأسرية، مجلة شؤون عربية، العدد 26، 1983 - ص72-73.

[2] المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مشروع تربية الطفل العربي.

هـ- صقل قدرة الطفل في التعبير عن عواطفه وإنفعالاته في إطار إجتماعي إنساني تكاملي[1].

3) الأهداف الحسية الحركية:

وتتضمن الأهداف التالية:

أ- تمكين الطفل من إستعمال حواسه بطريقة مفيدة وهادئة.

ب- إكساب الطفل الكثير من القدرات والمهارات اللازمة لحياته وعيشه في جماعة والإعتماد على نفسه وتلبية إحتياجاته.

3- الجانب الصحي:

بالرغم من الإهتمام المتزايد الذي توليه الأقطار العربية في شؤون الأمهات والأطفال من النواحي الوقائية والعلاجية، فإن المؤشرات الحالية تؤكد الحاجة الماسة لبذل الكثير من الجهود، خاصة إذا ما أخذنا بنظر الإعتبار التفاوت بين الأقطار الغنية والفقيرة أو بين المناطق الريفية والحضرية في كل قطر.

وتشمل الرعاية الصحية للأطفال في الوطن العربي الكثير من الخدمات يأتي من بينها تزويد الأطفال بالمناعة ضد الأمراض، والإهتمام بغذاء الطفل ونظافة البيئة والتطعيم بالأمصال الواقية. وتبدأ هذه الرعاية من المرحلة الجنينية، وتتولى الكثير من الهيئات والمؤسسات مسؤولية الحفاظ على صحة الأم والطفل من بينها مراكز الأمومة والطفولة، مستشفيات الولادة، مراكز التخطيط العائلي والمراكز الخاصة بتقديم الإرشاد والتوجيه للراغبين في الزواج. ومن بين الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المراكز ما يلي:

1- إجراء فحوصات دورية للأم من العلامات الأولى للحمل.

2- متابعة تطور الجنين، وحماية الأم من أمراض سوء التغذية وتوفير الغذاء اللازم لها.

---

[1] المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مشروع تربية الطفل العربي، ص53.

3- حماية الأم من الكثير من المؤثرات التي قد تضر بصحتها وصحة جنينها مثل وقايتها من الإصابة بالعدوى.
4- وتشمل الرعاية الصحية أيضا تمتع المرأة بإجازة أمومة قبل وبعد الولادة.
5- وتتطلب الرعاية الصحية أيضا إنشاء المزيد من مراكز الأمومة والطفولة لتقديم الخدمات المطلوبة.

وفيما يتعلق بالرعاية الصحية للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، توجد الكثير من المراكز الصحية الخاصة بتقديم جميع أنواع الخدمات ومنها التطعيم ضد الأمراض، ويعتبر هذا الإجراء إلزاميا ويشمل المناطق الريفية والحضرية. وهناك أيضا المراكز الصحية المدرسية التي تقوم بإجراء الفحوصات الدورية على التلاميذ خلال السنة الدراسية. ومن الاجراءات التي تتخذها الحكومات العربية لمنع إنتشار الأوبئة والأمراض المعدية ما يلي:

1- التطعيم ضد مختلف الأمراض وخاصة التي حددتها منظمة الصحة العالمية.
2- توفير المياه الصالحة للشرب وحماية البيئة ونشر الوعي الصحي.
3- معرفة المصادر الرئيسية للأمراض والقضاء على مسببات العدوى.
4- توفير جميع أنواع الأمصال والتطعيم ضد الأمراض، وإجراء الفحوصات بين فترة وأخرى للتأكد من سلامة الأطفال ونموهم.
5- ضرورة تغذية الأطفال تغذية صحية جيدة حتى تضمن لهم نموا متكاملا سليما.

وهناك إضافة إلى الخدمات الصحية، البرامج الخاصة بتوفير أغذية الأطفال، مثل توزيع الحليب مجانا في مراكز الأمومة والطفولة، والخدمات التثقيفية والتربوية وتقديم الدعم والمساعدات المادية للأسر الفقيرة. فقد أكدت الإتفاقية العربية حول التأمينات الإجتماعية الصادرة عن المؤتمر العام لمنظمة العمل العربية، على أهمية تأمين المنافع العائلية ورعاية الأطفال المحرومين والمحتاجين. وذكرت المادة (36) من الإتفاقية إستحقاق أبناء المتوفي للمعاش حتى يبلغوا سنا معينة أو يكتسبوا من

عمل مع جواز صرف المعاش إذا كانوا في مرحلة من التعليم، كما يجوز أن يمتد الصرف مدى الحياة بالنسبة للعجزة منهم. وجاء في المادة (49) من الإتفاقية شمولية المنافع الضمانية للصغار الذين هم في كفالة المؤمن عليه. وتشمل هذه المنافع كما جاء في المادة (50) الإتفاقية، دفع مبالغ نقدية أو منافع عينية تتمثل في الأطعمة والكساء والسكن وغير ذلك من الخدمات التي تقدم لأبناء الأسر المحتاجة[1].

4- الرعاية الإجتماعية.

يوجد في الوطن العربي عدد كبير من المؤسسات الإجتماعية المتخصصة في رعاية الأطفال وتنشئتهم التنشئة السليمة، ومن أبرز هذه المؤسسات، رياض الأطفال ودور الحضانة، دور رعاية البنين والبنات وملاجيء الأيتام. وهناك أيضا الإجراءات التي إتخذتها الأقطار العربية والتي تستهدف تنظيم عملية التبني على أسس قانونية تضمن الحقوق المشروعة للطفل وأسرته. ويتضح من نتائج الإستبيان الذي أجرته الجامعة العربية (إدارة الشؤون الإجتماعية) إن هناك تفاوتا بين المناطق الريفية والحضرية في أغلب الأقطار العربية من ناحية توفير خدمات الرعاية الإجتماعية المؤسسية.

ويمكن إجمال التطورات التي شهدها الوطن العربي في مجال الرعاية الإجتماعية للأطفال ونتيجة لتدخل الدولة في هذا المضمار بما يلي:

1- أصبحت رعاية الطفولة من مسؤولية الدولة وهناك الكثير من التشريعات الصادرة التي تحدد مجال وموضوعات هذه المسؤولية.

---

[1] الهيئة العامة للضمان الإجتماعي، تشريعات الضمان الإجتماعي، الجماهيرية العربية الليبية، طرابلس/ 1978، ص260 - 274.

2- تشمل رعاية الطفولة في الوطن العربي جميع الخدمات المقدمة للأسرة والأطفال في جميع مراحل النمو، كالخدمات المقدمة في رياض الأطفال ودور الحضانة والخدمات التربوية الإلزامية لمن تجاوزوا سن السادسة.

3- تتضمن الرعاية الإجتماعية أيضا رعاية الأطفال الذين يعانون من مشاكل أسرية، أو الذين فقدوا أحد الأبوين أو كلاهما، والأطفال مجهولي الأبوين، والمتسولين. وهذا النوع من الرعاية يكون من مسؤولية دور رعاية البنين والبنات والتي تبدأ من مرحلة الولادة حتى سن الثامنة عشرة في بعض الأقطار لعربية. كما ويتضمن هذا النوع من الرعاية أيضا موضوع الحضانة العائلية وإيداع الأطفال في أسر بديلة تقوم بتوفير جميع أشكال الرعاية تحت إشراف مكاتب إجتماعية خاصة يتولى إدارتها أخصائيون إجتماعيون لضمان التنشئة السليمة للأطفال.

4- وتشمل الرعاية الإجتماعية أيضا على حق الطفل من المنافع العائلية[1].

5- وتغطي الرعاية الإجتماعية في الوطن العربي حماية الطفل من الإنحراف عن طريق الإكتشاف المبكر للسلوك المنحرف عند الأحداث. وهناك العديد من التشريعات التي تؤكد أهمية تأهيل وإصلاح الأحداث إجتماعيا ومهنيا.

ومن الأساليب السائدة للرعاية الإجتماعية للأطفال في الوطن العربي ما يلي:

1- الرعاية المؤسسية.

تتولى وزارة الشؤون الإجتماعة في جميع الأقطار العربية مسؤولية تحقيق الأهداف المذكورة سابقا. وهناك بعض التشريعات التي تخول الوزارة صلاحية منح جميع التسهيلات للأفراد والمؤسسات والتنظيمات والإتحادات أو الراغبين بفتح دور حضانة ورياض أطفال تخضع لإشراف الوزارة من النواحي التربوية والصحية والإجتماعية وهكذا تتعدد مؤسسات الرعاية الإجتماعية للأطفال من حيث تبعيتها

---

[1] انظر الجدول الخاص ببرامج الضمان الإجتماعي.

الإدارية، فهناك دور الحضانة التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية، وهناك المؤسسات التابعة لمنظمات والإتحادات النسائية، ويخضع النوع الثالث من هذه الدور للمؤسسات شبه الرسمية أو القطاع الخاص والأهلي والذي يغلب عليه الطابع التجاري في تقديم الخدمات ونوعيتها. ويمكن تلخيص الأهداف الرئيسية لدور الحضانة كما توضحه اللوائح القانونية في بعض الأقطار العربية بما يلي:

1- تربية الأطفال في جو تتوافر فيه شروط الصحة والرعاية الإجتماعية بما يكفل لهم نموا إجتماعيا سليما قبل مرحلة المدرسة.
2- تقديم الوجبات الغذائية الجيدة التي يتطلبها نموهم الجسمي.
3- خلق جو نفسي ملائم للأطفال وتلبية كافة متطلباتهم النفسية وتوفير كافة أشكال الحماية والأمن.
4- إعداد الصغار وتنمية مواهبهم وقدراتهم عن طريق توفير النشاطات ذات المفاهيم العلمية البسيطة.
5- غرس المفاهيم الوطنية والقيم الروحية عند الأطفال.
6- توفير المساعدات الضرورية للأمهات العاملات من اللاتي لا يتوفر لهن هذا النوع من المساعدة.

أما البرامج اليومية لدور الحضانة فيمكن إجمالها بما يلي:

1- برامج صحية: وتشمل على نواحي النمو الجسمي للطفل والكشف الطبي وعلاج الأمراض التي يتعرض لها، وتقديم الوجبات الغذائية التي تتوافر فيها العناصر الغذائية الكاملة وتنظيم وجبات الطعام وعلاج المشكلات المرتبطة بتغذية الطفل، وتعويد الطفل على مواعيد ثابتة لتناول الطعام.
2- برامج ثقافية وترويجية: وتقوم هذه البرامج على أساس الحاجات النفسية والإجتماعية للأطفال، وتهدف إلى إكتساب الأطفال الخبرات التي تناسب مستواهم العقلي وتنمية قدراتهم اللغوية والحسابية. وهناك أيضا البرامج الإجتماعية والتربوية.

وتأسيسا على ماتقدم، تعتبر دور الحضانة مراكز تربوية تهدف إلى النهوض المبكر والجيد لنمو الطفل وتطوره. وهناك أخصائيون إجتماعيون (غالبا من الإناث) يتم إعدادهم وتأهيلهم للعمل مع هذه الفئات. وتعمل المؤسسات طبقا إلى خطة مركزية يتم إعدادها مسبقا من قبل وزارة الشؤون الإجتماعية وتشمل على مبادىء التربية القومية، والنشاطات اللغوية والرياضية والبرامج الصحية. وتحتوي مؤسسات رعاية الطفولة ثلاثة أنواع من العاملين فهناك المشرفين من خريجي الدراسة الثانوية، وهناك المربيات من خريجي الدراسة المتوسطة وهناك أيضا المساعدين وغالبا ما يكونوا من خريجي الدراسة الإبتدائية.

وبالرغم من التطور الحاصل في أسلوب الرعاية المؤسسية والإهتمام الذي توليه الأجهزة الرسمية بهذا النوع من الرعاية، فهناك بعض الجوانب السلبية المرتبطة بهذا المجال. وتشير بعض الدراسات التي أجريت في مناطق مختلفة من الوطن العربي إلى بعض الملاحظات عن طبيعة عمل هذه المؤسسات توجزها بما يلي:[1]

1- هناك حاجة متزايدة على هذا النوع من الرعاية، فعدد الأطفال المستفيدين من خدمات المؤسسات قد تجاوز الطاقة الإستيعابية لها. وهذا ينعكس بالتالي على نوعية الخدمات المقدمة وصعوبة تطبيق البرامج.
2- الكثير من هذه المؤسسات تشكو من عدم كفاءة المربيات والعاملات في مجال الأطفال، مما يتطلب دورات تدريبية لزيادة المهارات التي يتطلبها العمل في هذه المؤسسات.
3- تشكو أغلبية هذه المؤسسات من عدم إلتزام العاملين بالأهداف المهنية التي تحددها الأنظمة والقواعد القانونية. وهذا يعزى إلى عدم وجود المكافآت

---

[1] وزارة العدل والشؤون الإجتماعية، المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية، دراسة تقييمية عن دور الحضانة في بغداد، بحث غير منشور، بغداد 1978.

والحوافز المادية في مجال العمل مع الأطفال. وينطبق هذا على جميع مؤسسات العمل الإجتماعي.

4- تشكو أغلبية هذه المؤسسات من عدم توفر الشروط الصحية مثل التهوية، التبريد والتدفئة والإضاءة، كما أن أغلبية هذه المؤسسات تشغل بنايات غير مخصصة لهذا النوع من النشاط، مما ينعكس على أداء هذه المؤسسات لعملها.

5- تدخل أغلبية الأمهات في واجبات وشؤون المربيات في دور الحضانة بخصوص تربية الأطفال مما يؤثر بالتالي على عمل المربيات.

6- يتخذ أسلوب الرعاية المؤسسية شكلا رسميا وروتينيا بعيدا عن النمط الأسري الطبيعي، حيث تنعدم داخل هذه المؤسسات الكثير من الأدوار والعلاقات الإجتماعية كعلاقات الأبوة والأمومة والأخوة... إلخ.

وهكذا فإن أسلوب الرعاية المؤسسية لا ينبغي أن يكون بديلا عن الأسرة الطبيعية إلا في الحالات الملحة كتعذر أو إستحالة رعاية الطفل في أسرته الطبيعية.

2- الأسر البديلة.

المقصود بهذا النوع من الرعاية هو الخدمات التي تقدم لطفل بقصد تربيته في أسرة أخرى غير أسرته الطبيعية ولفترة معينة قد تطول وتقصر حسب ظروف الطفل. ومعنى ذلك أن الرعاية البديلة تتضمن تغييرات ضرورية على حياة الطفل حين يصبح عضوا في جماعة جديدة مما يتطلب مساعدته على التكيف مع المحيط الجديد. ويأتي إختيار الرعاية البديلة لأسباب تتعلق بالأسرة كعجزها عن العناية بالطفل أو إنحراف أفرادها أو مرضهم بشكل لا يسمح لهم برعاية الطفل. وفي هذه الحالة يقع على عاتق الأخصائي الإجتماعي الدراسة الدقيقة للطفل وبيئته الإجتماعية للتعرف على مختلف الوسائل التي تستهدف إستمرار الطفل في أسرته أو إيجاد الأسرة البديلة القريبة من نمط حياته الأسرية. ويستفيد من هذا النمط من الرعاية الفئات التالية:

1- الأطفال الأيتام ولا أقارب لهم.

2- الأطفال المهجورون الذين لا يمكن التعرف على أقاربهم.

3- الأطفال الذين هجرهم أباؤهم.

4- الأطفال المعرضون للخطر أو الإنحراف بسبب المعيشة في أسر تسودها المشاكل كالإدمان والإجرام.

3- وهناك أيضا أسلوب الرعاية المؤسسية للأطفال المعاقين والمارقين من سلطات أبويهم أو المصابين بالتخلف العقلي او الذين ينحدرون من أسر منحرفة تدربهم على الإجرام. وتنتشر مثل هذه المؤسسات التي يطلق عليها دور رعاية البنين والبنات في أرجاء مختلفة من الوطن العربي تضم في بعض الأحيان الأطفال غير الشرعيين. وتستمر الرعاية لهؤلاء في بعض المؤسسات حتى الثامنة عشرة من العمر.

4- التبني.

ويعني أن يلحق الطفل بشكل نهائي بالأسرة المتبناة له، يحمل إسمها ويكون عضوا فيها بموجب بعض الإجراءات القانونية والشرعية وما يترتب على ذلك من حقوق وإلتزامات. ويعتبر التبني الإجراء القانوني السليم الذي يصبح بمقتضاه الطفل غير الشرعي أحد أفراد أسرة لم يولد فيها ويكتسب جميع الحقوق المكفولة للأبناء الأصليين من حضانة ونفقة وميراث. وتوجد هناك بعض التحفضات في أقطار معينة من الوطن العربي على هذا النوع من الرعاية.

5- المربيات الأجنبيات.

وينتشر هذا النوع من الرعاية في أقطار الخليج العربي (أقطار المجموعة الأولى) ويعتمد على تشغيل المربيات من جنسيات مختلفة من الهند والباكستان والفليبين وسيرلانكا...إلخ. وتشير إحصائيات عام 1983 بأن هناك أكثر من (20000) عشرين ألف كويتية تستخدم المربيات الأجنبيات بحيث يزيد عدد تلك

المربيات على 28833 مربية أجنبية[1]. ولهذا النوع من الرعاية كما تشير الدراسات التي أجريت في المنطقة الكثير من المشكلات والآثار الإجتماعية التي تنعكس على الأطفال ومنها المشكلات الدراسية ومشكلات عدم الإستقرار النفسي[2]. ومن النتائج السلبية الأخرى المترتبة على إستخدام المربيات الأجنبيات ما يلي:

1- التناقض بين طرق وأساليب التنشئة الإجتماعية المحلية والمستوردة.
2- القيم الإجتماعية وأنماط السلوك للمربيات الأجنبيات تختلف عن قيم وسلوك المجتمع الخليجي.
3- تعرض الأطفال لأساليب مختلفة من التربية والتنشئة كالإفراط في التدليل والتسامح والشدة.
4- تأخر النمو اللغوي.
5- يتوزع ولاء الأطفال بين المربين والآباء.
6- ينعكس هذا الأسلوب من الرعاية سلبيا على علاقة الطفل بأحد الأبوين أو كلاهما، وكثيرا ما تنعدم تلك العلاقة.
7- شعور هؤلاء الأطفال بالضياع والإهمال بسبب إتجاهات الوالدين نحوهما[3].

إستنتاجات عامة:

رعاية الطفولة كما يتضح من الدساتير والتشريعات في الوطن العربي أصبحت من مسؤولية الدولة، وتقوم بتوفير الخدمات التربوية والصحية والنفسية والإجتماعية إضافة إلى الإعتراف بحق الطفل وضمان توفير المنافع الخاصة به

---

(1) تقرير عن العمالة في الكويت، الكويت، 1983.

(2) وزارة الشؤون الإجتماعية والعمل، تأثير المربيات الأجنبيات على الأسرة الكويتية، الكويت، 1983.

(3) المصدر نفسه، ص60.

بإعتباره عضوا في أسرة. وتتضمن رعاية الطفولة في الوطن العربي أيضا أسلوب الرعاية البديلة للطفل في حالة عجز أسرته عن رعايته وطبقا لقواعد خاصة.

وهناك نوعان من الرعاية الخاصة بالأطفال، يهتم النوع الأول بالأطفال الطبيعيين ويقوم بتوفير الرعاية الخاصة بهم من خلال دور الحضانة ورياض الأطفال. أما النوع الثاني فيهتم برعاية اطفال الذين يعانون من مشاكل عائلية أو فقدان أحد الأبوين أو كلاهما والأطفال مجهولي الأبوين والمتسولين، والمعاقين والمعرضين للإنحراف. ويقوم هذا النوع من الرعاية بتوفير جميع مستلزمات الأطفال والصغار عن طريق ما يسمى بدور البنين والبنات والتي تشمل الأطفال من مرحلة الولادة حتى سن الثامنة عشرة في بعض الأقطار العربية. إن رعاية الأطفال في أغلب أقطار الوطن العربي تتوزع بين مديريتين هي مديرية رعاية الأحداث، والثانية مديرية رعاية الأطفال والشباب، وتقوم هاتان المديريتان بتوفير جميع الخدمات للأطفال وأسرهم عن طريق الدور الخاصة برعاية الأطفال حديثي الولادة، والحضانة العائلية والمراكز الخاصة بالأطفال والأمهات. وترتبط هذه المديريات والمؤسسات المتخصصة برعاية الطفولة بالمؤسسة العامة للرعاية الإجتماعية التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية مع بعض الإختلافات البسيطة بين الأقطار العربية من ناحية تبعية هذه المؤسسات وهيكلها التنظيمي.

وبالرغم من الجهود المبذولة في هذا المجال والتوسع في تقديم الخدمات الإجتماعية، هناك بعض الإنتقادات التي يمكن توجيهها إلى هذا النمط من الرعاية في الوطن العربي وكما يلي:

1- بالرغم من التحسن الملحوظ في مستويات المعيشة بشكل عام، فإن هذا التحسن لم يرافقه أي تغيير في نوعية الحياة بالنسبة للأطفال. فإرتفاع معدل وفيات الأطفال يعتبر من المؤشرات الهامة المرتبطة بالظروف الصحية والإجتماعية للأم والأسرة بشكل عام. وتشير إحصائيات عام 1985 بأن معدل وفيات

الرضع في الوطن العربي قد بلغ 90 بألف[1]. يتراوح بين أعلى معدل له في الصومال حيث بلغ 153 بالألف، وأدنى معدل في الكويت ليصل إلى 22 بالألف. وفي نفس الوقت فإن مستويات الإنفاق على الصحة لكل فرد ما تزال متدنية إضافة إلى أنها تتفاوت بين الأقطار العربية حيث تتراوح بين 132 دولارا في الكويت و6 دولارات في بلدان أخرى[2]. وهذا يؤثر في النهاية على ظروف وأوضاع الأطفال المعيشية والصحية.

2- التطور النوعي والكمي لخدمات الرعاية الإجتماعية المقدمة للطفولة في الوطن العربي مازال محدودا بالنسبة إلى عدد الأطفال دون سن التاسعة. ويقدر هذا العدد حسب إحصائيات عام 1985 بحوالي 85 مليون طفل، أي بنسبة 45% من مجموع السكان في الوطن العربي[3]. وهذا يعني وجود حاجة ماسة لهذا النوع من الرعاية المؤسسية وخاصة في دور الحضانة ورياض الأطفال نتيجة المشاركة المرأة في النشاط الإقتصادي. فهذه المشاركة لم يرافقها توسع في الخدمات الضرورية من قبل المجتمع من أجل التعويض عن الدور المتغير للأسرة والوظائف التي كانت تشغلها سابقا. كما أن بعض هذه المؤسسات تفرض نوعا من الشروط لقبول الأطفال ومنها ما يتعلق بدفع أجور مقابل إيواء الأطفال، أو أن بعضها يقتصر على تقديم الخدمات لأبناء الأمهات العاملات فقط. وهذا أدى بالتالي إلى عزوف الكثير من الأسر عن هذا النوع من الرعاية لعدم قدرتها على تلبية متطلبات تلك المؤسسات.

3- تتركز أغلب مؤسسات الرعاية الإجتماعية للأطفال في المناطق الحضرية بينما تفتقر المناطق الريفية لهذا النوع من الخدمات. فضلا عن أن سيطرة الطابع

---

(1) World Bank , World Development Report , 1986.

(2) عمار، حامد، التكامل الإجتماعي، مجلة شؤون عربية، العدد 3 1981، ص28.

(3) طبارة، رياض، السكان والتنتمية في العالم العربي، ورقة مقدمة إلى مؤتمر التنمية والسكان، بيروت 1986.

الأهلي والتجاري لمؤسسات الرعاية الإجتماعية والقائم على تحقيق الربح والفائدة ليحل محل الطابع الرسمي قد إنعكس على نوعية الخدمات ووسائل توفيرها للأطفال.

وأخيرا تشير نتائج البحوث والدراسات التي أجريت في الوطن العربي إنه وبالرغم من التأكيد على أهمية دور السرة والقيم الإسلامية في تربية الأطفال، فإن الإتجاه السائد اليوم يميل إلى الأخذ بالنمط الغربي وأسلوب الرعاية البديلة والمؤسسية. ويعزى هذا الإتجاه إلى ظاهرة التحضر ودخول المرأة ميدان العمل وسيطرة الإتجاهات الإيديولوجية الغربية.

2- رعاية الأسرة في الوطن العربي.

شهدت رعاية الأسرة في الوطن العربي خلال العقدين الأخيرين إهتماما ملحوظا من قبل الحكومات العربية تجسد في صدور العديد من التشريعات التي تؤكد أهمية الأسرة وضرورة حمايتها. ويهتم هذا النوع من الرعاية بتوفير الكثير من الخدمات الإجتماعية والصحية إضافة إلى الدعم المادي. وتقوم رعاية الأسرة في بعض الأقطار العربية على مجموعة من المبادىء تجسدها إستراتيجية عامة لتطوير المرأة والأسرة. وهذه الإستراتيجية تقوم بتلبية جميع إحتياجات ومتطلبات الأسر والعوائل الفقيرة، وتتولى مديرية الخدمات الإجتماعية التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية مسؤولية توفير أعلى مستويات الرعاية للمواطنين. وقد بادرت بعض الأقطار العربية ومنذ فترة طويلة بإنشاء المراكز الإجتماعية في المناطق الريفية تختص بتقديم مختلف أنواع الخدمات الإجتماعية للأسر المحتاجة وخاصة في المناطق المتخلفة والقيام بإجراء الدراسات والبحوث عن مختلف المشكلات الإجتماعية، وإجراء الزيارات العائلية للتعرف على المشكلات الإجتماعية إضافة إلى تقديم البرامج الخاصة بمحو الأمية وتعليم بعض المهارات كالصناعات اليدوية والتقليدية لأفراد الأسر المحتاجة. وقد أصبحت برامج رعاية الأسرة ومؤسساتها في الوقت الحاضر جزءا من عملية التنمية في الوطن العربي إضافة إلى كونها

مسؤولية تتحملها الدولة عبر مختلف المؤسسات والأجهزة المتخصصة.ومن المبادىء التي تقوم عليها رعاية الأسرة والمرأة في الوطن العربي مايلي:

1- إن تحرير المرأة والأسرة لا يمكن أن يتم إلا من خلال تحرير المجتمع ككل. وهذا يعني أن الإهتمام بالمرأة والأسرة لا ينبغي أن يكون بمعزل عن الإهتمام بالمجتمع ككل وتحريره. ولهذا فإن الضمانة الأساسية لدعم المرأة والأسرة عن طريق تحرير المجتمع والعمل على تطويره إجتماعيا وإقتصاديا وسياسيا.
2- الجهود الموجهة لدعم مكانة المرأة والأسرة يجب أن تكون مكملة للجهود التنموية في الوطن العربي.
3- التأكيد على أهمية القرارات السياسية في تغيير مكانة المرأة والأسرة ورسم الأدوار الأساسية لها.
4- توحيد الجهود الشعبية والعامة مع الجهود الرسمية في مجال دعم وتحرير المرأة. لأن الجهود الرسمية بالرغم من أهميتها غير كافية بدون مساهمة ومشاركة المنظمات والإتحادات العامة.
5- إزالة جميع القيود التي تعيق دور المرأة ومشاركتها في النشاط الإجتماعي.
6- إعتماد المنهج العلمي في العمل على تطوير المرأة والأسرة.
7- توفير الخدمات الخاصة بدعم المرأة والأسرة.
8- النهوض بمستوى مشاركة المرأة في مجالات العمل المختلفة وتمكينها من إتخاذ مواقع قيادية متقدمة.
9- المتابعة المستمرة والتقييم في جميع مراحل دعم ومساندة المرأة والأسرة[1].

وبهذا فقد شهدت تطبيقات الرعاية الإجتماعية والتنمية بشكل عام تطورا ملموسا في مجال دعم وتأكيد دور المرأة. وهناك عدد من التشريعات الصادرة في

---

[1] وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، نحو مواجهة الآثار الإجتماعية الناجمة عن التحضر، بغداد، 1986، ص78-79.

هذا المجال لمساعدة الأسر محدودة الدخل أو بدون دخل وصرف رواتب شـــهرية لها. وتهتم هذه التشريعات أيضا برعاية الأرامل والمطلقات وكذلك الذين هم خارج سوق العمل بسبب المرض والشيخوخة[1]. كما تضمنت تشريعات العمل في الوطن العربي حماية حقوق المرأة العاملة ومساواتها بالرجل في الأجور وتـــوفير فـــرص العمل، والتأهيل والتدريب والضمان الإجتماعي وحقها في التمتع بإجـــازة أمومـــة. وفيما يتعلق بالجانب السياسي ـ الإجتماعي توجد العديد من التشريعات التي تعزز من دور ومكانة المرأة وعلاقتها بالرجل إضافة إلى تنظيم المسائل الأخرى كالزواج والطلاق ومستقبل الأطفال والمسائل العائلية الأخرى. وهكذا يتبين مـــدى التحســـن الذي طرأ على مكانة المرأة في الوطن العربي نتيجـــة للإجـــراءات الإقتصـــادية والسياسية والإجتماعية والتشريعية التي إتخذتها الحكومات العربية.

وتشير الدراسات التي أجريت في الوطن العربي بأن رعاية الأسرة والبرامج الموجهة لها تختلف بين الأقطار العربية بإختلاف الفلسفة الإجتماعية والإقتصـــادية والسياسية السائدة كما أنها ترتبط بتطور المجتمع وما حققه من مســـتويات للنمـــو، فمثلا تستهدف الرعاية الإجتماعية للأسرة في أقطار المجموعـــة الثانيـــة مســـاعدة الأسر التي تعاني من مشكلات إقتصادية وتشمل الأسر بدون دخل أو قليلة الـــدخل، بينما تشمل هذه الرعاية في أقطار المجموعة الأولى جميع الأسر وبغض النظر عن الدخل. وتقدم المساعدة المادية في أقطار المجموعة لثانية بناءا على مبـــدأين الأول حجم الأسرة والثاني الحد الأدنى من الدخل. ويتحدد المبدأ الأول غالبا بخمسة أفراد أما المبدأ الثاني فيستهدف ضمان حد أدنى من الدخل يكفي لسد الحاجات الأساســـية للأسر التي لا يكفي دخلها تلبية متطلباتها الأساسية أو الأسر بدون دخل.

وتشمل المساعدات المادية فئات الأرامل، المطلقات، الطفل الصغير، الأيتـــام الصغار، المعوقين، المرضى والمسنين، وتمتد هذه المساعدات في أقطار المجموعة

---

[1] راجع الجدول الخاص ببرامج الضمان الإجتماعي في الوطن العربي.

الأولى لتشمل المرأة غير المتزوجة وأسر السجناء وأسر الطلبة، ومخصصات ملابس بالنسبة للطلبة إضافة إلى تسديد إيجارات السكن. وهذا يعني أن أقطار المجموعة الأولى توفر مستوى أعلى وأحسن من الرعاية لجميع المواطنين نتيجة لتوفر الموارد الإقتصادية الجيدة لتمويل برامج الرعاية الإجتماعية. بينما تتميز أقطار المجموعة الثانية بمستوى أدنى من الرعاية رغم خبرتها الطويلة في هذا المجال. وفيما يتعلق بالمستوى العام للمعيشة تشير إحصائيات عام 1988 بأن نصيب الفرد في الكويت من الدخل القومي بلغ حوالي 14,254 ألف دولار، بينما بلغ معدل نصيب الفرد في الوطن العربي حوالي 1,945 ألف دولار فقط[1]. فالرعاية الإجتماعية في أقطار المجموعة الثانية والثالثة تتميز بكونها مؤقتة وذات طابع علاجي لأنها تقتصر على توفير الخدمات التي تستهدف علاج المشكلات الإقتصادية للأسر الفقيرة وإشباع حاجاتها الأساسية (الاسر بدون دخل أو الأسر ذات الدخل الواطىء). بينما تستهدف الرعاية الإجتماعية في أقطار المجموعة الأولى النهوض برفاهية المجتمع ككل والحفاظ على أعلى مستويات المعيشة للمواطنين.

ويتضح من الدراسات التي أجريت على مدى كفاية راتب رعاية الأسرة في المجموعة الثانية، بأن أغلبية الأسر تعاني من عدم كفاية الدخل المخصص لها، فضلا عن وجود بعض حالات الفقر لم تشملها الإحصائيات الرسمية. ويبقى أن تعتمد تلك الأسر على العلاقات القرابية والإلتزامات العائلية في إشباع حاجاتها الأساسية.

وعموما يتضح من البيانات المتوفرة، بأن هذا النمط من الرعاية قد إبتعد عن أصوله الأولية التي تستند إلى القيم الدينية والإلتزامات القرابية في توفير حاجات الفقراء والمحتاجين. فضعف التماسك العائلي يعتبر من أبرز التغيرات الإجتماعية

---

[1] التقرير الإقتصادي العربي الموحد، 1988.

التي شهدها الوطن العربي خلال العقدين الأخيرين، والذي أدى إلى تـدخل الدولـة اللامحدود في مجالات الرعاية الإجتماعية لتصبح هي المسؤول الأول عن تـوفير الخدمات وإشباع حاجات الأسر والجماعات التي فقدت الشكل التقليدي للمساعدات. وهذا المفهوم الجديد يعتبر إمتدادا للنموذج الغربي نتيجة لضعف القـيم والمبـادىء الدينية والإلتزامات القرابية في دعم ومساعدة الفقراء والمحتاجين. ويعـزى هـذا التغير الجديد إلى العامل الإقتصادي في أقطار المجموعة الأولى، وإلى محـاولات الدولة في نقل وتحديث المجتمع في أقطار المجموعة الثانية.

وهكذا يعتبر نظام المساعدة الإجتماعية من أهم البرامج السائدة في الـوطن العربي والتي تستهدف رعاية الأسرة ومساعدتها ماديا. وتقدم هذه المساعدة علـى أساس الإحتياجات الإقتصادية والإجتماعية لمقدم الطلب على أن يتم تحديـد هـذه الإحتياجات على أساس بحث حالة المستفيد، أو تقدم في شكل إعانة موحدة محسوبة على أساس متوسط إحتياجات الأسرة وحسب عدد أفرادهـا. وتتطلـب المسـاعدة الإجتماعية إثبات عجز الأسرة إقتصاديا حتى تصبح حقا لها، ويتم ذلك عن طريـق دراسة ظروف وأحوال الأسرة.

وتشترط بعض الأنظمة الخاصة بصرف المساعدة الإجتماعية، أن لا تصرف المساعدة إلا إذا تبين عجز الأقارب عن إعالة المحتاج وذلك مراعاة لمبدأ مسؤولية الأقارب الذي يهدف إلى تقوية الروابط الأسرية. ويحدد القانون حجم المساعدة التي يستحقها مقدم الطلب ويترك للجهاز المسؤول تحديد مدى حاجة الشخص للمسـاعدة الإجتماعية.

3- **رعاية المسنين في الوطن العربي**.

أولى المجتمع الإسلامي منذ ما يقرب من ألف وأربعمائة عام إهتماما كبيـرا بالمسنين وحرص على تحقيق التكافل الإجتماعي داخل الأسرة إدراكا منه بأهميـة الأسرة في رعاية المسن وتلبية متطلباته الأساسية. وقد وضع الإسلام في سبيل ذلك

الأسس المتينة للتضامن الإجتماعي والمادي بين أفراد الأسرة على أساس المودة و التراحم. وهناك الكثير من الآيات القرآنية الكريمة والأحاديث النبوية الشريفة التي تؤكد هذا الإهتمام. ومن هذه الآيات قوله تعالى: ﴿ وَوَصَّيْنَا ٱلْإِنسَـٰنَ بِوَٰلِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُۥ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَـٰلُهُۥ فِى عَامَيْنِ ﴾. [سورة لقمان: آية 14] وقوله أيضا ﴿ ۞ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوٓا۟ إِلَّآ إِيَّاهُ وَبِٱلْوَٰلِدَيْنِ إِحْسَـٰنًا ﴾[1]. وهذا الإهتمام بدعم ومساعدة الوالدين وكبار السن يؤكد مدى التماسك والتضامن العائلي في المجتمع الإسلامي. ومن الأحاديث النبوية الشريفة بخصوص هذا التماسك قوله (ﷺ) "**مثل المؤمنين في تراحمهم وتوادهم وتعاطفهم كمثل الجسد إذا إشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى.**" إن هذا التماسك والترابط بين أفراد المجتمع الواحد يعتبر من الدعائم السأاسية للرعاية الإجتماعية قبل ظهور المدرسة الوظيفية الإجتماعية بزعامة دوركايم في نهاية القرن التاسع عشر.

ورعاية المسنين في الوطن العربي في الوقت الحاضر تجسدها العديد من التشريعات التي تتولى بموجبها الدولة مسؤولية توفير جميع الخدمات للمسنين، وضمان الحقوق المادية والصحية والإجتماعية لجميع المواطنين في حالات العجز والشيخوخة. وتتضمن هذه التشريعات أيضا قوانين التقاعد والضمان الإجتماعي والإجراءات اللازمة بتسهيل تقاعد العمال من كبار السن وضمان معاشات تقاعدية لهم، وهناك ايضا القوانين الخاصة بالأفراد من غير القادرين على العمل بسبب المرض أو العجز أو الشيخوخة وتوفير المنافع الضمانية لهم بصورة رواتب شهرية.

وتوجد في الوطن العربي الكثير من المؤسسات المتخصصة برعاية المسنين والتي تستهدف تقديم الخدمات الصحية والإجتماعية والتربوية والترفيهية، وتسمى هذه المؤسسات بدور رعاية المسنين. ويلاحظ أن السياسة الإجتماعية في الوطن

---

[1] القرآن الكريم، سورة الإسراء: آية 23.

العربي تولي إهتماما اقل بالمسنين بالمقارنة مع بقية فئات المجتمع وخاصة المعوقين والأحداث...إلخ. وهذا يرجع إلى كون السياسة الإجتماعية والتي تعتمد على مبادىء وتعاليم الدين الإسلامي في صياغة برامجها تجعل من رعاية المسنين مسؤولية الأسرة بالدرجة الأساس، بإعتبارها أي الأسرة المكان المناسب لرعاية المسن ومنحه الإحترام والتقدير الذي يستحقه. وهكذا فإن السياسة الإجتماعية العربية تعتمد بالدرجة الأولى على الدور الفعال للأسرة في رعاية المسن. وتعترف جميع الأقطار العربية بأهمية دور الأسرة في توفير الدفء والراحة النفسية للمسنين والذي لا يمكن لأي مؤسسة أن تأخذ هذا الدور أو تكون بديلا للأسرة. كما تلتزم جميع الأقطار العربية بنتائج المؤتمر الدولي للمسنين الذي عقد عام 1982 والذي يؤكد أهمية دور الأسرة في رعاية المسن.

وبالرغم من الإعتراف الرسمي والشعبي بدور السرة وإعتبار ذلك الصفة المميزة للسياسة الإجتماعية في الوطن العربي ولفترة طويلة، فإن النمو الحضري، والتصنيع والتحضر الذي شهدته المنطقة العربية خلال العقدين الأخيرين، قد أثر على العلاقات العائلية وأدى إلى ضعف التماسك الأسري، والإتجاه نحو النمط النووي للسرة. وعلاوة على ذلك فإن دخول المرأة سوق العمل، وإنشغال أفراد الأسرة بشؤونهم الحياتية اليومية، وما إلى ذلك من العوامل التي أثرت على مكانة المسنين داخل الأسرة، قد أدت إلى إضعاف دور السرة وقدرتها على تلبية متطلبات المسنين. ونتيجة لهذه العوامل مجتمعة أهملت بعض الأسر واجباتها تجاه المسنين الذين تركوا لوحدهم يعانون من العزلة وبدأوا يفقدون تدريجيا الإحترام والتقدير الذي منحهم إياه افسلام والقيم والتقاليد العربية الأصلية. كما أن بعض البناء في هذا العصر بدأوا يتنكرون لمسؤولياتهم تجاه والديهم نتيجة للتغيرات الإجتماعية التي تأثرت بها العديد من السر.

وتشير الإحصاءات المتوفرة عن المسنين في الوطن العربي بأن عددهم قد تزايد خلال السنوات الأخيرة نتيجة للتقدم في المجال الطبي والخدمات الصحية

المقدمة للمواطنين بشكل عام والمسنين بشكل خاص. وتقدر نسبة المسنين الذين تجاوزوا سن الـ(60) في الوطن العربي بحوالي 5% من مجموع السكان حسب إحصائيات عام 1985، بينما تصل هذه النسبة في العالم المتقدم إلى حوالي 11% من مجموع السكان[1]. وتعزى قلة عدد المسنين في الوطن العربي إلى إنخفاض معدل العمر المتوقع والذي لا يتجاوز (59) سنة حسب إحصائيات عام 1988[2]. إضافة إلى أن بعض دور رعاية المسنين لا تشمل على جميع الحالات التي تستحق الرعاية بسبب رفض بعض الأسر إيداع المسنين في المؤسسات خوفا من أن تتهم بالتخلي عن كبير السن وإيداعه بما يسمى بدور العجزة. وهذا الإتجاه الذي يؤكد مسؤولية الأسرة في رعاية المسن يتماشى مع قيم وتعاليم الدين الإسلامي والتقاليد العربية، بحيث تقتصر الرعاية المؤسسية على الحالات التي يتعذر على السرة رعايتها إما بسبب عجزها أو عدم قدرتها المادية.

وهناك بعض الملاحظات التي يمكن تسجيلها عن عمل مؤسسات رعاية المسنين في الوطن العربي نوجزها بما يلي:

1- نقص الخدمات الصحية وعدم وجود الإهتمام الرسمي بكبار السن بشكل عام في الوطن العربي.
2- عدم كفاءة هذه الدور فيتحقيق الأهداف المرسومة لها، كما أن أغلبية العاملين في هذا المجال تشكو من نقص الحوافز المادية.
3- بعض هذه الدور تحتوي على حالات من المعوقين بدنيا وهذا يعزى إلى كون هذه الدور جزءا من نظام رعاية المعوقين وهو نظام قديم يجمع بين المسنين والمعوقين. مما يؤكد غياب التخصص في عمل هذه المؤسسات وتصنيف النزلاء.

---

[1] United Nations "World population chart " 1985.

[2] التقرير الإقتصادي العربي الموحد 1988، ص251 – 255.

ويلاحظ من نتائج الدراسات عن الوطن العربي في هذا المجال، بأن هناك حاجة ماسة إلى بذل المزيد من الجهود رغم أن التقاليد العربية لا تشجع النمط المؤسسي لرعاية المسنين، وهذا يتطلب الإهتمام بالأسرة وتمكينها من تحمل مسؤولياتها كاملة عن طريق توسيع نظام المساعدة الإجتماعية وخاصة بالنسبة لأقطار المجموعة الثانية والثالثة.

4- رعاية المعاقين في الوطن العربي.

إتخذت الرعاية الإجتماعية للمعاقين في الوطن العربي في بداية الأمر طابعا خيريا وإنسانيا، فقد تولت المسسات الدينية مسؤولية رعاية هذه الفئة عن طريق إنشاء العديد من المؤسسات التي تستهدف توفير الخدمات لمختلف فئات المعاقين وخاصة المكفوفين. وقد أنشئت في مرحلة لاحقة الجمعيات الخاصة التي لعبت دورا مميزا في رعاية الصم والبكم والمعاقين ذهنيا.ونتيجة لزيادة عدد المعاقين في الوطن العربي فقد أصبحت هذه الجمعيات غير قادرة على توفير جميع الخدمات التي يتطلبها العمل مع هذه الظروف إلى تدخل الدولة إستجابة للمتطلبات المادية والفنية لمؤسسات رعاية المعاقين. وقد توزعت مسؤولية الرعاية بين مختلف الوزارات والمؤسسات التابعة لها تعمل كل على إنفراد وتفتقر إلى التعاون والتنسيق مما أدى إلى ضياع في الوقت والجهد. وقد إستلزمت هذه الحالة صدور التشريعات والقوانين التي تنظم العمل مع المعاقين. وتم بموجب هذه القوانين إلحاق جميع مؤسسات ودور رعاية المعاقين بمديرية رعاية المعاقين التي أنشئت خصيصا لهذا الغرض والتي تتبع وزارة الشؤون الإجتماعية في جميع الأقطار العربية. ويعتبر إنشاء مديرية رعاية المعاقين بمثابة نقطة تحول بارزة في هذا المجال في الوطن العربي.

وقد أكدت جميع التشريعات الصادرة في هذا الميدان مسؤولية المجتمع والدولة في رعاية هذه الفئات وتوفير الخدمات اللازمة لتأهيلهم وإدماجهم في المجتمع. وتعرف هذه التشريعات المعاق بأنه الشخص الذي فقد القدرة على العمل

بسبب وجود خلل أو نقص بدني أو عقلي أو نفسي. كما وتصنف المعاقين في الوطن العربي إلى الأصناف التالية:

1- المعاقين بدنيا.

2- المعاقين نفسيا وعقليا.

ويتم تصنيفهم حسب المقدرة على العمل إلى:

1- القادرين على العمل.

2- غير القادرين على العمل.

وسوف نتعرض بإيجاز للتجربة العربية في هذا المجال مع التركيز على مراكز رعاية المعاقين من حيث أهم نشاطاتها وبرامجها.

مراكز رعاية المعاقين في الوطن العربي:

1- مركز تشخيص العوق:

يهدف هذا المركز إلى إستقبال وتصنيف المعاقين حسب نوع ودرجة الإعاقة. وهناك لجنة فنية تتولى مسؤولية إدارة المركز وتتألف من:ـ

1- مدير المركز بإعتباره رئيس اللجنة.

2- طبيب مختص في الأمراض النفسية والعقلية.

3- طبيب مختص في العلاج الطبيعي.

4- طبيب مختص في أمراض الأنف والأذن والحنجرة، وآخر مختص بأمراض العيون.

5- أخصائيين إجتماعيين ونفسانيين.

وتتولى اللجنة المهام التالية:

1- تشخيص نوع ودرجة الإعاقة، وتحديد أن أمكن العلاج اللازم ثم الوحدة التي يرسل إليها المريض.

2- الإشراف الكامل على جميع الوحدات، ومسؤولية التخطيط ووضع البرامج.

3- التعاون والتنسيق مع بقية الأجهزة ذات العلاقة برعاية المعاقين لغرض تحقيق الأهداف.

4- توفير الخبرة اللازمة التي يتطلبها العمل مع المعاقين عن طريق إعداد وتدريب العاملين.

2- مركز المعاقين بدنيا.

يهدف هذا المركز إلى تأهيل المعاقين جزءيا وتمكينهم من العمل عن طريق توفير الخدمات الصحية والتربوية والإجتماعية وإدماجهم في المجتمع ليتسنى لهم المشاركة مع بقية الأفراد في بناء المجتمع وحسب قدراتهم وإمكانياتهم. وتتولى لجنة فنية مسؤولية الإشراف على هذا المركز، وتقوم ايضا بوضع سياسة المركز ومتابعة تنفيذ البرامج. وتتكون اللجنة من مدير المركز رئيسا ومدراء الوحدات التابعة له، إضافة إلى أطباء متخصصين في مختلف الأمراض تعينهم وزارة الصحة. ويقوم هذا المركز والمعاهد التابعة له بتوفير الخدمات التالية:

1- الخدمات الصحية: تقوم المعاهد التابعة للمركز بتقديم عدد من الخدمات الصحية وإجراء الفحوصات الدورية على النزلاء.

2- الخدمات التربوية: تقوم هذه المؤسسات بتطبيق العديد من الطرق والمناهج الخاصة للعمل مع المعاقين ومن أبرزها ما يلي:

أ- قراءة الشفاه.

ب- إستخدام الوسائل السمعية المساعدة في التعلم.

ج- لغة الإشارات.

3- الخدمات الإجتماعية: ويتولى قسم البحث الإجتماعي عملية الإشراف على توفير الخدمات إضافة إلى دراسة حالة كل نزيل. ويقوم كل باحث إجتماعي

بعملية الإشـــراف على مجموعـــة من النزلاء غالبا ما يتراوح عـــددهم بـــين 20-30. ويستلزم العمل من الأخصائي الإجتماعي غقامة علاقات جيدة مـــع النزلاء وأسرهم وكذلك مع المدرسين بهدف دراسة المشكلات وإيجاد الحلـــول اللازمة لها.

3- مركز رعاية المعاقين نفسيا وذهنيا.

يهدف هذا المركز إلى توفير الرعاية اللازمة للذين يعانون من أمراض عقلية أو إضطرابات نفسية. وهناك لجنة فنية تتولى مسؤولية الإشراف على هذا المركـــز وتشمل على مدير المركز رئيسا وعضوية مدراء الوحدات التابعـــة لـــه وطبيـــب مختص في الأمراض النفسية والعقلية والعصبية وأخصائي إجتماعي، وتتولى اللجنة أيضا مسؤولية وضع سياسة المركز وتنفيذ البرامج.

ومن أبرز الخدمات الإجتماعية التي يقدمها المركز إجراء الإتصـــالات مـــع أسر النزلاء وذويهم وتنظيم الزيارات واللقاءات العامة لمناقشـــة أحســـن الطـــرق لمعالجتهم داخل المؤسسة أو خارجها. أما الخدمات التربوية فتتضمن تعليم المعوقين حسب قدراتهم العقلية. وهناك أيضا الخدمات الترفيهية والصحية بهـــدف تطـــوير قدراتهم البدنية.

4- مركز رعاية المكفوفيـــن.

يرجع تاريخ هذا النوع من الرعاية إلى بداية هـــذا القـــرن، حيـــث كانـــت الجمعيات الخيرية والخاصة تتحمل مسؤولية رعاية المكفوفين في الوطن العربـــي. ثم أدى تدخل الدولة في النصف الثاني من هذا القرن إلى إصدار العديد من القوانين والتشريعات التي تستهدف تنظيم رعاية المكفوفين على أسس علمية. ومنـــذ ذلـــك الحين تأسست الكثير من مراكز ومؤسسات رعاية المكفوفين في الوطن العربـــي. وتستهدف هذه المؤسسات والمراكز تأهيل المكفوفين وتـــوفير الخـــدمات الصـــحية والتربوية والإجتماعية ثم تسهيل عملية تكيفهم وإدماجهم في المجتمع. وتستخدم هذه

المراكز نفس المناهج التربوية المطبقة في المراحل الإبتدائيــة والمتوســطة، مــع إستخدام طريقة برايل "Braile" في تعليم القراءة والكتابة.

5- مركز التأهيل المهني للمعوقين.

التأهيل المهني للمعاقين يعني ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمر وتقــديم خدمات مهنية كالتوجيه المهني والتدريب والتشغيل، مما يهــيء للمعـــاق فرصـــة الحصول على عمل مناسب.فالهدف من عملية التأهيل المهني هو إيجاد عمل للمعاق يتناسب وقدراته حتى تتوفر له فرصة الكسب والإستقرار وبالتـــالي تـــزداد القـــوة الإنتاجية للمجتمع.

والعاجز في نظر التأهيل المهني هو الذي يرتبط عجزه بعدم القــدرة علـــى مزاولة عمل، وكل فرد سواء كان مصابا بعاهة ظاهرة أم يبدو سليم البنية والحواس فإنه يتمتع بقدرات وإمكانيات معينة بالإضافة إلى نواحي الضـــعف الكامنـــة فيـــه. وبذلك لا يعتبر مبتور الساق أو الكفيف أو الأصم عاجزا تماما عن مزاولة أي عمل أو محروما نهائيا من القدرات. فقد يكون العاجز الذي أحسن توجيههأكثر صلاحية للعمل الذي أعد له من سليم البنية. فالتأهيل المهني للمعاقين إذن هو إعادة تكـــيفهم للحياة بتقديم ما يحتاجونه من خدمات لمعالجة النقص الجسمي الـــذي أصـــابهم أو الخلل أو الإضطراب النفسي أو الذهني، ومن ثم مساعدتهم على إيجاد عمل يتناسب مع ما تبقى لديهم من قدرات وإستعدادات مع ضمان توفير العلاج الطبـــي. وبهـــذا فالتأهيل المهني يهتم بالإمكانيات والقدرات لا بالعجز والمعوقات.

وهناك العديد من التشريعات الصادرة في الوطن العربي والتي تضمن حـــق المعاق في التأهيل والرعاية وتتحمل الدولـــة مســـؤولية تـــوفير جميـــع الخـــدمات الضرورية بدون مقابل وأهم هذه الخدمات ما يلي:

1- تأهيل المعاقين وإعادتهم إلى مهنهم السابقة التي كانوا يزاولونها قبل الإصـــابة، أو تأهيلهم لمهن أخرى تلائم قدراتهم وإمكانياتهم الجسمية.

2- تأهيل المعاقين كليا وإيجاد العمل الجزئي أو المؤقت لهم في بعض الأعمال الإنتاجية أو الجمعيات التعاونية وبحسب قدراتهم أيضا.

3- توفير الرعاية اللازمة لغير القادرين على العمل بسبب الشيخوخة أو العجز الكلي وإيجاد المراكز الضرورية لتوفير الرعاية النفسية والصحية والإجتماعية..

ملاحظات عامة وتقييم:

تختلف الأقطار العربية فيما بينها من حيث نشوء وتطور برامج رعاية المعاقين. فأقطار المجموعة الثانية مثلا لها خبرة طويلة في هذا المجال ترجع في بعض منها إلى بداية هذا القرن. أما المجموعة الأولى فخبرتها في مجال رعاية المعاقين ما زالت حديثة العهد نسبيا وترجع في أحسن الأحوال إلى مرحلة الستينات، ومع ذلك فإنها حققت تطورا ملموسا من حيث نوعية الخدمات المقدمة ويعزى ذلك إلى توفر القاعدة الإقتصادية المتينة في تمويل برامج الرعاية الإجتماعية.

وتشير الدراسات التي أجريت في الوطن العربي حول طبيعة عمل مؤسسات رعاية المعاقين إلى مجموعة من الملاحظات نجملها بما يلي:

1- بالرغم من أن رعاية المعاقين إتخذت طابعا مؤسسيا فإن خدماتها ما زالت محدودة كما أنها تتميز برداءتها.

2-عدم تقبل المجتمع للمعاقين الذين تم تأهيلهم وإعدادهم في مراكز رعاية المعاقين أو مراكز رعاية الأحداث، مما يجعل صعوبة حصولهم على العمل.

3- النمط غير المؤسسي في رعاية المعاقين ما زال يلعب دورا أساسيا كما هو الحال بالنسبة للأسرة.

4- على الرغم من وجود التخصص القائم على تصنيف المعاقين حسب نوع ودرجة الإعاقة فهناك حاجة لتصنيفهم على أساس العمر. لأن أغلب المقيمين

يودعون بعد بلوغهم الثامنة عشرة في مؤسسات رعاية المسنين، وفي بعض الأحيان تحتوي مؤسسات رعاية المعاقين في الوطن العربي على حالات من العاجزين وهذا يشير إلى وجود نوع من الإزدواجية في العمل الوظيفي لهذه المؤسسات. وتعتبر هذه الحالة مؤقتة لأن الطموح الجديد هو إعتماد المباديء الخاصة بالتخصص الوظيفي والتصنيف العلمي لهذه المؤسسات.

5- عدم وجود التعاون والتنسيق بين الأقطار العربية في مجال رعاية المعاقين. فأقطار المجموعة الأولى تعاني من نقص في الكوادر التي يحتاجها هذا الميدان، بينما تعاني أقطار المجموعة الثانية والثالثة من قلة الموارد المادية لتمويل مشاريع وبرامج الرعاية الإجتماعية.

6- طبيعة البيانات التيي تشغلها مراكز رعاية المعاقين لا تصلح لهذا النوع من الرعاية وذلك لعدم توفر الشروط الصحية. كما أن بعضها يحتاج إلى أعمال صيانة مما ينعكس على نوعية الخدمات المقدمة للمعاقين.

7- العاملون في هذا المجال ينقصهم التدريب والإعداد الجيد مما يتطلب معهد خاص لتعليم طرق وأساليب العمل مع المعاقين وفتح الدورات الخاصة رفع كفاءتهم.

8- بالرغم من محدودية البيانات المتعلقة بعدد المعاين في الوطن العربي، تشير أحد الدراسات التي أجريت عام 1981 بأن عددهم قد تجاوز 15 مليون معاق، أي بنسبة 10% من مجموع السكان. بينما تقدر الطاقة الإستيعابية لمؤسسات الرعاية الإجتماية بحوالي 200,000. وهذا الرقم يؤكد الحاجة إلى بذل المزيد من الجهود من أجل تغطية العجز الحاصل في مؤسسات رعاية المعاقين[1].

9- وفيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي للمعاقين في الوطن العري، تشير إحدى الدراسات التي نفذتها الجامعة العربية (إدارة الشؤون الإجتماعية) بأن حوالي

---

[1] إبراهيم، سعد الدين، قضية المعوقين في الوطن العربي، المستقبل العربي، العدد 1 1981، ص42.

64% من المعاقين يتمركزون في المناطق الريفية. بينما لا يتجاوز عددهم في المناطق الحضرية عن 34% فقط. وتشير هذه الحقيقة إلى التباين الكبير بين المناطق الريفية والحضرية بخصوص توفير الخدمات المطلوبة للعمل مع المعاقين[1].

10- هناك نقص في عدد العاملين المتخصصين في مجال المعاقين، وتشير إحدى الدراسات بأن عدد الخريجين من المعاهد والكليات المختصة في هذا المجال في الوطن العربي ككل لا يكفي لتوفير الرعاية اللازمة لأكثر من 5%من المعاقين[2].

5- رعاية الأحداث في الوطن العربي

يتناول هذا النوع من الرعاية جانبين يركز الأول على الرعاية الوقائية التي تقوم بها بعض المؤسسات المتخصصة في رعاية الأحداث ومنذ المراحل العمرية المبكرة لغرض بناء شخصية الحدث وضمان تطوره السليم. ويتضمن هذا الجانب من الرعاية الطفال المحرومين من الرعاية الأبوية، والمعرضين للإنحراف من أبناء السر المتصدعة.

وهذا النمط من الرعاية قديم جدا في الوطن العربي ويركز على الرعاية الإيوائية للأحداث الذين تتراوح أعمارهم بين 6-18 سنة. وتتضمن الرعاية الإيوائية أيضا الأحداث المشردين الذين يتم إيوائهم في مؤسسات خاصة لرعايتهم ويعتبر هذا النوع من الرعاية الإيوائية من أقدم صور الرعاية في الوطن العربي.ويتضمن الجانب الثاني من رعاية الأحداث الرعاية العلاجية للمنحرفين عن طريق المؤسسات المتخصصة بإصلاح وتأهيل الأحداث. وتختلف الأقطار العربية فيما بينها من حيث نشوء وتطور التشريعات والبرامج الخاصة برعاية الأحداث،

---

(1) جامعة الدول العربية، الأمانة العامة، ندوة عن إدماج المعاقين إجتماعيا ومهنيا. تونس 1980.

(2) إبراهيم، سعد الدين، المصدر السابق، ص47.

فبعض الأقطار لها خبرة طويلة في هذا المجال ترجع إلى مرحلة الستينات كما في أقطار المجموعة الثانية، بينما لا يتجاوز عمر هذه التجربة عن عشر سنوات فقط في بعض أقطار المجموعة الأولى.وسوف نتناول تطور التجربة العربية في هذا المجال من الناحيتين الوقائية والعلاجية وكما يلي:

أولا: الرعاية الوقائية للأحداث.

يهتم هذا النوع من الرعاية للأطفال المحرومين من الرعاية، كالأطفال الذين تركهم آباؤهم، ويقوم بتوفير الخدمات الضرورية لهم عن طريق المؤسسات التي أعدت لهذا الغرض. وتبدأ هذه الرعاية من المراحل العمرية المبكرة للطفل بحيث يماثل في طبيعته الأسر البديلة. ويستخدم هذا النوع من الرعاية أيضا مع حالات التشرد الناجم عن التفكك الأسري، والتي أصبحت ظاهرة شائعة في الوطن العربي نتيجة لتعدد الزوجات وإنتشار ظاهرة الطلاق.ويستخدم هذا النوع من الرعاية المؤسسات الإجتماعية كوسيلة للإصلاح. كما وتتخذ هذه المؤسسات أشكالا متعددة في الوطن العربي، يسمى قسم منها بدور رعاية البنين والبنات والقسم الآخر بدور تأهيل الأحداث. وبالرغم من تعدد وتنوع هذه الدور وإختلاف الأسماء التي تحملها فإنها تشترك جميعا بخاصية واحدة كونها مؤسسات متخصصة بالراعاية الوقائية للأطفال والأحداث الذين يعانون من حالات التفكك الأسري لغرض توفير الجو الأسري المناسب لنموهم. ومنذ إنشاء مثل هذه الدور المتخصصة برعاية الأطفال والأحداث المعرضين للإنحراف، إتخذ مفهوم الرعاية الإجتماعية هذا المجال بعدا آخر يتضمن الإكتشاف المبكر للسلوك المنحرف ومفهوم الرعاية اللاحقة بعد أن كان يقتصر على الرعاية الإيوائية فقط. وفيما يتعلق بالأحداث المشردين تعتبر أغلب التشريعات العربية الصادرة في هذا المجال الحدث مشردا في الحالات التالية:

1- إذا وجد متسولا في الأماكن العامة، أو يتظاهر بالمرض أو يمارس الخداع كوسيلة لكسب العطف.

2- يمارس بيع السكاير أو أي مادة أخرى دون سن السادسة عشرة.

3- ليس له بيت معين وينام في الأماكن العامة.

4- لا توجد لديه طريقة مشروعة للعيش وليس له ولي أمر.

5- ترك بيت ولي أمره أو المكان الذي يتواجد فيه بدون سبب شرعي.

وهكذا تهدف مثل هذه التشريعات إلى الحد من ظاهرة الإنحراف وحماية الأحداث، أما الأحداث المنحرفين فتهدف إلى علاجهم وتأهيلهم طبقا للمبادىء والقيم الأخلاقية السائدة. ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تعتمد هذه القوانين على الإكتشاف المبكر للسلوك المنحرف لدى الأحداث. وتؤكد هذه القوانين أيضا إمكانية إنتزاع حقوق الوالدين إذا إقتضت مصلحة الحدث أو المجتمع ذلك[1].

وسوف نقتصر في دراستنا للرعاية الوقائية على المواضيع التالية:

1- التعريف بالدور أو المؤسسات الخاصة بالرعاية.

2- أنواع هذه الدور.

3- أهدافها.

4- تقييم عام.

1- التعريف بدور الرعاية:

تشير القوانين والأنظمة الداخلية في الكثير من الأقطار العربية بأن هذه الدور عبارة عن مؤسسات إجتماعية تهدف إلى إيواء الأطفال والأحداث الذين يعانون من التفكك العائلي أو فقدان أحد الوالدين أو كلاهما وتوفير المناخ السري لتعويضهم الرعاية التي يفتقدون إليها ثم تربيتهم إجتماعيا ونفسيا وأكاديميا. وبهذا يمكن إعتبار هذه الدور مؤسسات إيوائية ذات أهداف إجتماعية وتربوية. وتستخدم هذه الدور مختلف الطرق والأدوات التربوية لتأهيلهم وتمكينهم من القيام بالأدوار المطلوبة.

---

[1] الجمهورية العراقية، قانون رعاية الأحداث رقم 3 لسنة 1980، المواد 1، 2، 29.

- الجمهورية العراقية، قانون رعاية الأحداث رقم 76 لسنة 1983.

وقد شهدت هذه الدور تطورا ملموسا سواء في عددها أم في عدد المستفيدين منها، إضافة إلى التطور الحاصل في نوعية الخدمات المقدمة للأحداث والتي تهدف إلى تأهيلهم وإكسابهم المهارات المطلوبة للنهوض بمهامهم المستقبلية.

2- أنواع الدور المتخصصة بالرعاية الوقائية.

هناك في الوطن العربي ثلاثة أنواع من هذه الدور وإن إختلفت تسمياتها وكما يلي:

أ- دور رعاية الرضع: وتقوم هذه الدور برعاية الأطفال حديثي الولادة حتى السابعة من العمر. وكذلك الأطفال مجهولي الأبوين، وفاقدي الأبوين، وأطفال السجناء، والأطفال المشردين، وتقوم هذه الدور بتوفير الرعاية الشمولية لهؤلاء الأطفال وإشباع حاجاتهم النفسية والصحية والعاطفية.

ب- دور رعاية الصغار: وتهدف هذه الدور إلى توفير الرعاية اللازمة للصغار من عمر خمس سنوات حتى نهاية السنة الثانية عشرة.

ج- دور رعاية الأحداث: وتقوم بتوفير الرعاية للأحداث بين سن الثالثة عشرة والثامنة عشرة، ويمكن أن تمتد هذه الرعاية لسنة أخرى إذا كان الحدث في السنة الأخيرة من الدراسة قبل الجامعية.

3- أهداف دور الرعاية الوقائية.

تهدف هذه الدور إلى توفير جميع متطلبات الأطفال والأحداث المنصوص عليها في التشريعات وكما يلي:

1- توفير الجو النفسي والعائلي الملائم لتعويض ما ينقصهم من الرعاية الأبوية قدر الإمكان.

2- توفير البرامج ذات الأهداف التربوية والثقافية والتأهيلية عن طريق التنسيق مع بقية الأجهزة والمؤسسات.

3- العمل على تسجيل الأطفال والأحداث في المدارس أو المراكز التدريبية أو المعاهد الفنية وتمكينهم من إكمال دراستهم الجامعية.
4- حق الأطفال مجهولي الأبوين في أن يعرفوا بإسم وبجنسية معينة ويتم تسجيلهم في دوائر الأحوال المدنية عن طريق التشاور مع قاضي الأحداث.
5- شمول الأحداث في المنظمات الشبابية والإشتراك في مراكز الشباب.
6- تدريب الأحداث ومساعدتهم على إكتساب المهارات المطلوبة للعمل في بعض المصانع خلال العطلة الصيفية.
7- القيام بالرعاية اللاحقة كأساس للتعرف على وضع الأحداث بعد إنقطاع علاقتهم بالبيت فترة طويلة[1].

4- مناقشة وتقييم عام.

بالرغم من الدور الذي تلعبه مؤسسات رعاية الأحداث في توفير الخدمات الضرورية للمستفيدين، وبالرغم من الجهود التي تبذلها الأجهزة المعنية في هذا المجال، تشير بعض الدراسات إلى وجود الكثير من الصعوبات التي تعيق عمل هذه المؤسسات ومن أبرزها ما يلي:

1- يعاني أغلب النزلاء في هذه الدور من الإغتراب الإجتماعي وصعوبة التكيف للبيئة الإجتماعية الجديدة ويعزى ذلك إلى العزلة المؤسسية والتباين في المستويات الثقافية والتربوية للمشرفين.
2- شعور النزلاء بالحقد وغلإستياء والذي غالبا ما يظهر بشكل سلوك منحرف أو غير طبيعي نتيجة لعزلتهم عن المجتمع ككل.
3- يعاني الكثير من النزلاء من الإحباط نتيجة التركيز على الجوانب المادية من قبل تلك المؤسسات وإهمال الجوانب المعنوية التي هم في أمس الحاجة إليها.

---

[1] الجمهورية العراقية، قانون الرعاية الإجتماعية، رقم 126.

4- بالرغم من درو تلك المؤسسات في توفير متطلبات النمو الأساسية للأحداث، فإنها مازالت تحمل بعض خصائص نظام الإصلاحيات القديم. حيث تعامل المحرومين من الأطفال والأحداث المعرضين للإنحراف كحالات غير مألوفة في المجتمع مما يستلزم عزلهم في مؤسسات خاصة بهم بعيدة عن المجتمع.

ثانيا: الرعاية الإجتماعية (العلاجية) للأحداث المنحرفين.

مرت الرعاية الإجتماعية للأحداث المنحرفين في الوطن العربي بمختلف المراحل التي أسهمت في تطوير المفاهيم الخاصة بالرعاية والأحداث إضافة إلى المفاهيم المتعلقة بالجنوح. وتطورت تبعا لذلك فكرة العقوبة وفلسفتها بعد أن كانت ولفترة طويلة تقوم على الإنتقام الفردي وإنزال أقصى العقوبات الجسمية، حتى إستقرت أخيرا على فكرة الإصلاح والتأهيل بموجب الفلسفة الحديثة. وقد أدت هذه الأفكار إلى نفس الدرجة من التغير والتطور في طرق وأساليب معاملة الأحداث المنحرفين ووظائف المؤسسات المتخصصة التيتعرف بالمؤسسات افصلاحية. وبهذا يعتبر ظهور المؤسسات المتخصصة في مجال رعاية الأحداث وبحسب حالة كل حدث من الأمور المهمة في إصلاح سلوك الحدث وتأهيله إجتماعيا وتربويا ومهنيا لضمان تكيفه وإدماجه في المجتمع الذي يتواجد فيه. ومن المنطلقات العلمية التي تقوم عليها المؤسسات الإصلاحية في الوطن العربي ما يلي:

1- تصنيف الحالات: من المعروف أن هناك بعض الأسباب الجوهرية وراء كل حالة من الإنحراف، لذلك فمن الضروري دراسة كل حالة بمفردها لمعرفة الدوافع الحقيقية للإنحراف. وتنص المادة الثانية عشرة من إتفاقية المنظمة العربية للدفاع الإجتماعي على وضع الأسس العلمية السليمة لعلاجهم ومعاملتهم في المنشآت الخاصة بهم.

2- إختيار طريقة التعامل مع الأحداث: يعتمد العلاج في أسسه وأنماطه على مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية الحدث نفسه، وهذا يتطلب معرفة

الحاجات النفسية والعاطفية والإجتماعية للحدث من أجل ضمان تكيفه وإدماجه في المجتمع.

3- مدى فاعلية العلاج: لا يمكن للمؤسسات الإصلاحية القيام بأدوارها كاملة أو تحقيق أهدافها الجوهرية إذا كان التركيز يتم على العملة الإصلاحية فقط نتيجة لتواجد الحدث داخل المؤسسة. وهذا يعني أن تشمل عملية الإصلاح إعادة بناء شخصية الحدث وإزالة أسباب الإنحراف[1].

ثالثا: المؤسسات الإصلاحية للأحداث المنحرفين.

إن تطبيق مبدأ التصنيف داخل المؤسسة بحسب ظروف وعمر الحدث يتطلب وجود العديد من المؤسسات افصلاحية. وكما أن تنوع المراحل التي يمر بها الحدث بدءا من مرحلة غلقاء القبض إلى الرعاية اللاحقة تتطلب هذا العدد من المؤسسات لضمان تطبيق برامج افصلاح والتأهيل. وفيما يلي عرضا موجزا للمؤسسات افصلاحية المتخصصة في رعياة الأحداث الجانحين في الوطن العربي.

1- دار الملاحظة:

وهي مؤسسة مخصصة لإيقاف الحدث طبقا لقرار المحكمة أو لأي جهة مختصة أخرى، وتقوم بإجراء الفحوصات على الحدث من الناحية الجسم من قبل مكتب دراسة الشخصية إستعدادا لمحاكمته. أما في المناطق التي لاتوجد فيها دار الملاحظة فيمكن توقيف الحدث في مركز الشرطة في الحالات الملحة مع أخذ موافقة حاكم الأحداث. وفي هذه الحالة ينبغي عزل الحدث عن بقية الموقوفين وإرساله إلى دار الملاحظة حال إنتهاء التحقيق[2].

---

[1] وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، المؤتمر العربي الخامس للدفاع الإجتماعي، جنوح الأحداث ودور المؤسسات الإجتماعية في العلاج، بغداد، 1973.

[2] القانون الخاص بدار الملاحظة رقم 6، 1971، المادة 12 - بغداد، 1971.

ويرجع إنشاء هذه المؤسسة الإصلاحية إلى بداية هذا القرن في بعض الأقطار العربية وخاصة المجموعة الثانية، حيث كانت المؤسسة تابعة للإدارة المركزية للسجن. ولكن وبعد إنشاء وزارة الشؤون الإجتماعية أصبحت جميع المؤسسات الإصلاحية إضافة إلى السجن تخضع لإشراف وزارة الشؤون الإجتماعية بموجب قرارات وأنظمة خاصة. ومنذ ذلك الحين صدرت الكثير من القوانين والتشريعات وأنشئت العديد من المؤسسات المتخصصة في مجال التدريب والتأهيل. وبالنظر لكون العملية افصلاحية عملية مستمرة لا يمكنها أن تقتصر على ساعات العمل أثناء النهار، فقد إستدعت الحالة وجود كادر متخصص من الباحثين والأطباء والنفسانين للعمل بموجب أوقات عمل مختلفة على مدى اليوم لضمان نجاح الرامج الإصلاحية وتطبيقها. وبالرغم من تعدد المؤسسات والإختلاف في أسمائها فإن أغراضها تكمل بعضها البعض لضمان تأهيل الحدث وتكفيفه عبر مختلف البرامج اليومية داخل المؤسسة. ومن المؤسسات الإصلاحية الأخرى ما يلي:

2- المدرسة الإصلاحيـــة:

وتحتوي هذه المؤسسة على قسمين إحداهما للذكور والآخر للإناث. ويقوم كل قسم بتوفير مختلف أنواع الخدمات مثل الغذاء، الملابس، والتعليم والعمل وبقية الأنشطة الترفيهية. ويتولى قسم البحوث الإجتماعية إجراء الدراسات عن حالة كل حدث. ويسمح للحدث في هذه المؤسسة بزيارة أسرته خلال الستة أشهر الأخيرة إذا ما أبدى تحسن في سلوكه داخل المدرسة.

3- مدرسة الفتيان الجانحين:

وتحتوي هذه المؤسسة أيضا على قسمين إحداهما للذكور والآخر للإناث. ويوجد في كل قسم مكتب للبحث الإجتماعي يهتم بدراسة الحدث وإجراء الإختبارات والفحوصات اللازمة إضافة إلى إعداد التقارير السنوية. وتستقبل هذه المدرسة الأحداث الذين تحيلهم المدرسة الإصلاحية حين بلوغهم الثامنة عشرة من العمر

وذلك لإنهاء ما تبقى من مدة الحكم. وتقوم هـذه المدرسـة بتـوفير المسـتلزمات الأساسية للأحداث كالغذاء والملابس إضافة إلـى الخـدمات التربويـة والأنشـطة الترويحية.

4- مدرسة تأهيل الأحداث:

وتضم هذه المدرسة في أغلب الأقطار العربية الأحداث الذين أرتكبوا حالات خطرة.

الإصلاح الإجتماعي في الوطن العربي.

صدرت في الوطن العربي الكثير من التشريعات التي تؤكد أهمية الإصـلاح الإجتماعي وتحقيق الأغراض الأساسية لهذا المفهوم عبر مختلف المؤسسات. فهناك التشريعات الصادرة عن وزارة الشؤون الإجتماعية والتـي تـم بموجبهـا إنشـاء المؤسسات المتخصصة في الإصلاح لتحل محل الإدارة المركزية للسجن التي كانت سائدة في الماضي. وقد حددت هذه القوانين الأساس التنظيمي لمؤسسات والظـائف التي تقوم بها بإعتبارها مؤسسات إصلاحية وتأهيلية. وهناك التشريعات التي تخص عملية الإصلاح الإجتماعي نفسها من حيـث البـرامج ونوعيتهـا ومـدى كفـاءة المؤسسات في تنفيذ برامج الإصلاح، ومن أجل تحقيق هذا الهدف أنشئت العديد من الدور الخاصة برعاية وإصلاح النزلاء. ومن الأهداف الأساسية لهذه الدور ما يلي:

1- إصلاح النزلاء أوالذين صدرت بحقهم أحكام قانونية وتصنيفهم وتـأهيلهم مـن النواحي التربوية والمهنية.
2- إختيار المناهج التربوية الملائمة للنزلاء لغرض تعليمهم.
3- القيام بالدراسات الخاصة عن أسر النزلاء وتقديم المساعدة الضرورية بالتنسيق مع المنظمات الجماهيرية.
4- التنسيق مع بقية الأجهزة المختصة لمحاربة الجريمة وإتخاذ التـدابير اللازمـة للوقاية منها.

5- إعتماد أحدث الطرق والأساليب في معاملة المذنبين وبغض النظر عن طبيعة العمل الذي إرتكبوه.

ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تؤكد التشريعات على إتباع الأساليب التالية:

1- تصنيف النزلاء: يتم التصنيف عن طريق المقابلات مع الحدث في مركز الإستقبال. وتقوم لجنة مختصة بتحديد الواجبات والحقوق المترتبة على الحدث. ثم القيام بالإختبارات النفسية والإجتماعية والفحوصات الطبية من قبل مجموعة من العاملين المتخصصين[1].

2- العمل: إتخذت قوانين رعاية الأحداث في الوطن العربي مبدأ إصلاحيا يعتبر العمل من خلاله جزء من سياسة الإصلاح في الوقت الذي يقضي النزيل عقوبته في المؤسسة الإصلاحية. وتوفر هذه القوانين للنزلاء الحق في العمل كل حسب قابليته ومقدرته[2]. وتهدف مثل هذه الإجراءات إلى تدريب وتأهيل النزلاء وتمكينهم من إيجاد عمل مشابه للعمل الذي تعلموه في المؤسسة الإصلاحية حال خروجهم منها[3].

وقد باشرت بالفعل بعض المديريات الخاصة بالإصلاح الإجتماعي تجربتها الجديدة هذه والتي تهدف إلى تشغيل النزلاء في منشآت ومعامل الدولة والقطاع العام لتمكينهم من الإندماج في المجتمع بعد خروجهم من المؤسسة الإصلاحية. وبهذا يستطيع النزيل أن يستفيد ماديا مقابل عمله ويمكنه بذلك أن يلبي بعض متطلبات حياته اليومية، ويخضع النزلاء في هذه الحالة المراقبة وإشراف المؤسسة الإصلاحية[4].

---

[1] قانون المؤسسة العامة للإصلاح الإجتماعي، رقم 104، المادة 17، بغداد، 1981.

[2] المصدر نفسه، المادة 19.

[3] المصدر نفسه، المواد: 18 و 20.

[4] وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، المؤسسة العامة للإصلاح الإجتماعي، دراسة وصفية لتجربة تشغيل النزلاء في مصانع ومنشآت الدولة، بغداد، 1985.

3- التعليم: تؤكد التشريعات مسؤولية المؤسسة في توفير جميع الخدمات لتسهيل عملية التعلم وجعلها في متناول النزيل وذلك بالتنسيق مع الأجهزة المعنية[1].

4- الرعاية الصحية: تؤكد القوانين ضرورة توفير الشروط الصحية داخل المؤسسة وتوفير الخدمات الصحية المجانية للنزلاء[2].

5- الزيارات: للنزلاء الحق في إستقبال الزوار وفق ما تحدده اللوائح والأنظمة الداخلية التي تصدرها اللجنة الإدارية المشرفة[3].

6- الإجازات: تقوم هذه القوانين بمنح النزلاء إجازة يقضيها بين أهله وأقربائه وتكون الإجازة كل ثلاثة أشهر ويتم ذلك بموجب شروط تضعها المؤسسة.

7- الإفراج الشرطي: ويعني هذا المفهوم إلغاء جزء من مدة إنتهاء ثلاثة أرباع المدة بالنسبة للكبار وثلثين بالنسبة للأحداث. وبموجب شروط معينة يخضع بموجبها الفرد للمراقبة والإمتثال لما تمليه عليه المؤسسة[4].

8- بعض الخدمات الأخرى: حيث تؤكد القوانين الخاصة برعاية حق النزيل في قراءة الصحف والمجلات والكتب المسموح بها حتى يكون على علم ودراية لما يدور حوله من أحداث على الصعيد القومي والعالمي. وتؤكد هذه القوانين أيضا ضرورة توفير الأنشطة والبرامج الترفيهية للنزلاء[5].

---

(1) قانون المؤسسة العامة للإصلاح الإجتماعي رقم 104 – المادة 23.

(2) المصدر نفسه، المواد 32، 33، 34.

(3) المصدر نفسه، المواد28، 29، 30.

(4) وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، المؤسسة العامة للإصلاح الإجتماعي، الدليل للإفراج الشرطي، بغداد، 1983.

(5) قانون المؤسسة العامة للإصلاح الإجتماعي رقم 104، المواد 40، 41 و 42.

ملاحظات عامة:

يتضح من العرض السابق لمؤسسات الرعاية الإجتماعية في مجال الأحداث بأنها تخضع لإشراف وزارة الشؤون الإجتماعية ولو أنها تختلف في هياكلها الإدارية المتخصصة. ويوجد في بعض الأقطار العربية ما يسمى بمديرية رعاية الأحداث التي تقوم بنفس الأدوار التي تؤديها المؤسسة العامة للإصلاح الإجتماعي في أقطار أخرى. وتختص جميع هذه الأجهزة في مجال رعاية الأحداث وتساندها وزارات ومؤسسات أخرى مثل وزارة الداخلية والعدل والتربية. وفيما يتعلق بالتوزيع الجنسي للمستفيدين من مؤسسات رعاية الأحداث، تشير البيانات الصادرة في الوطن العربي إلى إرتفاع نسبة الذكور عن نسبة الإناث. وهذا يعزى إلى الدور الذي تضطلع به الأسرة في توفير الرعاية اللازمة للإناث وحرصها الشديد على تلبية متطلباتها الأساسية ويعزى هذا الحرص إلى القيم الإجتماعية السائدة في الوطن العربي والتي تجعل للرجل تصيبا أكبر من خدمات الرعاية الإجتماعية من المرأة. وفيما يتعلق بتعريف الحدث نجد أن أغلبية التشريعات الصادرة في الوطن العربي تؤكد بأن الحدث هو من تجاوز السابعة من العمر ولم يتجاوز الثامنة عشرة.

ويوجد في الوطن العربي نوعان من الرعاية، يتناول الأول الرعاية الوقائية للأطفال مجهولي الأبوين أو الذين يأتون من أسر متصدعة ويشمل هذا النوع أيضا الأطفال والأحداث المعرضين للإنحراف وتقوم مؤسسات متخصصة بهذا النوع من الرعاية ولجميع الأعمار من الولادة وحتى الثامنة عشرة من العمر.

أما بالنسبة للرعاية العلاجية فتقوم الأقطار العربية بتوفير مختلف الخدمات للأحداث المنحرفين كالخدمات التربوية والتأهيل والتدريب بهدف إصلاح الحدث. ويوجد في الوطن العربي أجهزة مختصة في رعاية الأحداث فهناك جهاز شرطة الأحداث، ومحاكم الأحداث وهناك أيضا الرعاية اللاحقة والإفراج الشرطي.

ومع إنتشار مثل هذه الأجهزة وتعددها والإختلاف في تبعيتها الإدارية في الوطن العربي يصعب إعطاء حكم نهائي عن مدى فعاليتها وذلك بسبب ندرة الدراسات التقييمية عن مؤسسات رعاية الأحداث في الوطن العربي وتشابه العمل بين أغلبها نتيجة للتعاون المشترك بين بعض الأقطار العربية في هذا المجال، ومع ذلك هناك بعض الملاحظات التي يمكن تسجيلها عن عمل هذه المؤسسات وكما يلي:

1- بالرغم من وجود التخصص والقائم على عمر الحدث ونوع الجريمة في توزيع الأحداث، هناك مازال نوع من الخلط بين فئات عمرية مختلفة في بعض المؤسسات، ويعزى ذلك إلى عدم إتباع الأساليب العلمية والقواعد والتعليمات التي تصدرها المؤسسات والإعتماد بدلا من ذلك على الإجتهادات الفردية من قبل العاملين بتلك المؤسسات. فمثلا نجد أن دار الملاحظة وهي مؤسسة لإيقاف الأحداث المتهمين قبل صدور الحكم النهائي، تضم في بعض الحالات الأطفال والأحداث المشردين أو المعرضين للإنحراف بسبب التفكك العائلي.

2- تشير البيانات الصادرة في هذا المجال أنه وبالرغم من التأكيدات الرسمية من قبل الأقطار العربية على أهمية الرعاية الوقائية فإن النمط العلاجي هو السائد في الوطن العربي عمليا. وهذا النموذج يعني التعامل مع حالات الإنحراف بعد وقوعها مما يستلزم علاجها، بدلا من الرعاية الوقائية التي تؤكد أهمية دور الأسرة والرعاية المؤسسية كبديل للأسرة.

3- تختلف الأقطار العربية فيما بينها من ناحية نشوء وتطور التشريعات والبرامج وما تنطوي عليه من مبادىء إصلاحية مثل الإكتشاف المبكر للسلوك المنحرف، التصنيف العلمي للنزلاء، بحسب العمر والجنس والحالة، إضافة إلى حق النزلاء في العمل خارج المؤسسة الإصلاحية ثم العمل بنظام الإفراج الشرطي. وقد قطعت بعض الأقطار العربية في هذا المجال شوطا متقدما كما

في المجموعة الثانية، فيما تحاول المجموعة الأولى الإعتماد على المجموعة الثانية وما حققته من تطور عن طريق التقليد والإقتباس.

4- أخيرا يتضح من هذه الدراسة بأن الأقطار العربية لا تلتزم بالإتفاقيات الصادرة عن الجامعة العربية فيما يتعلق بتوحيد الأنظمة والتشريعات. حيث تنص المادة الثانية عشرة الفقرة (د) من إتفاقية المنظمة العربية للدفاع الإجتماعي ضد الجريمة على تنسيق الجهود التي تبذلها الهيئات الحكومية في مختلف البلاد العربية في الميادين المذكورة والعمل على تحقيق سياسة عربية موحدة في هذه الميادين عن طريق توحيد التشريعات[1].

6- الرعاية الإجتماعية في مجال العمال.

المقصود بالرعاية الإجتماعية العمالية في هذه الدراسة جميع الخدمات التي تسهم في حماية وتحسين صحة العامل والعمل على رفاهيته، أو تساعد في تكيف العامل لعمله وتحسين العلاقات بين العمال أنفسهم وبينهم وبين الإدارة مما ينعكس بالتالي على زيادة الإنتاج. وتساهم خدمات الرعاية الإجتماعية في هذا المجال في تحقيق الأهداف الأساسية للتنمية الإقتصادية، أي رفع مستوى المعيشة وتحقيق التوازن بين التنمية الإقتصادية والإجتماعية. وتواجه المنشآت الصناعية في الدول النامية اليوم الكثير من الصعوبات في تمويل خدمات الرعاية الشاملة. ويؤكد مثل هذا الموقف أهمية البرامج التي تستهدف زيادة إنتاجية مثل هذه المنشآت خصوصا برامج التنمية الإدارية، والتدريب المهني وما إلى ذلك من الخدمات الخاصة بتلك المنشآت. بينما تتميز خدمات الرعاية الإجتماعية في الدول المتقدمة بدرجة عالية من التنظيم والشمولية، بحيث تمتد لتشمل أسرة العامل بكاملها. لأنها قد تفشل في تحقيق الأغراض المطلوبة منها إذا إقتصرت على بيئة المصنع. وتستهدف هذه الخدمات تعزيز شعور العامل بمسؤوليته نحو أسرته وتجاه مجتمعه، بحيث تتظافر

---

[1] راجع الملحق الخاص بإتفاقية المنظمة الدولية العربية للدفاع الإجتماعي ضد الجريمة.

جهود كل من الحدومات وأصحاب العمل والمنظمات العمالية لتوفير وتأمين مثل هذه الخدمات لتلبية متطلبات العامل وأسرته[1].

وقد إتخذت الأقطار العربية خطوات متقدمة نحو تطوير هذه الخدمات عن طريق إصدار العديد من التشريعات التي نضمن توفير هذه الخدمات وتنفيذ البرامج الخاصة بالرعاية العمالية. وقد تطورت هذه الخدمات والتشريعات لدرجة أنها أصبحت ضرورة إجتماعية بعد أن كانت ولفترة طويلة من الزمن تعتبر مسألة ثانوية. ولهذا فقد تضمنت الكثير من الإدارات في المنشآت والمعامل الصناعية مفهوم الرعاية الإجتماعية في قوانينها ونظمها الداخلية، وإستخدمت بناءا على ذلك أقساما جديدة للرعاية العمالية بمختلف جوانبها، كما تم تعيين عدد من الأخصائيين الإجتماعيين لضمان مثل هذه الخدمات والإشراف على تنفيذ البرامج والتشريعات المتصلة بالرعاية الإجتماعية.نتناول وسوف نتناول في هذه الدراسة أهم البرامج والخدمات التي تضمنتها تشريعات العمل والضمان الإجتماعي في الوطن العربي.

أولا: الخدمات التي تتضمنها تشريعات العمل:

1- الخدمات الثقافية:

تساعد مثل هذه الأنشطة على تنمية شخصية العامل وتسمح له بتقديم أقصى ما يمكن من جهد في بناء مجتمعه. فالعمال وبخاصة الأميين يحتاجون إلى تنظيم برامج خاصة بتعليم الكبار تناسب حاجاتهم وأسلوبهم في الحياة. وتسهم مثل هذه البرامج في بلورة شخصية العامل وتزويده بالمهارات والخبرات الجديدة، إضافة إلى أنها تساعد العامل وأسرته على الإندماج والمشاركة في حياة المجتمع. وتظهر أهمية هذه البرامج خاصة بالنسبة للعمال المهاجرين من الريف، فشعورهم بالعزلة الإجتماعية والإغتراب يتطلب تكيفهم وإدماهم في المجتمع الجديد.

---

[1] حسن، محمود، مقدمة الخدمة الإجتماعية (القاهرة، المكتبة الحديثة، 1973) ص75 - 58.

وتلزم تشريعات العمل في الوطن العربي صاحب العمل على توفير الخدمات الضرورية والفرص اللازمة لتمكين العمال من تطوير مستوياتهم الثقافية والمهنية. وتتولى بعض المؤسسات مسؤولية تدريب العمال وتطوير خبراتهم ومهاراتهم إضافة إلى تأهيل المعاقين منهم مهنيا وتمكينهم من إيجاد عمل يناسبهم. وتؤكد قوانين العمل أيضا مسؤولية الإتحادات والنقابات العمالية في إصدار المطبوعات الهادفة إلى تطوير الوعي السياسي والثقافي والإجتماعي للعمال. وتنص المادة (11) من الميثاق العربي للعمل على تشجيع إنشاء معاهد للثقافة العمالية والتوسع فيها بغية خلق جيل مثقف من العمال يؤمن بعروبته ويسهم إسهاما إيجابيا في تنفيذ برامج التنمية الإقتصادية والإجتماعية في الوطن العربي. كما ترى هذه التشريعات وجوب العناية بإعداد المثقف العمالي العربي وتزويده بالمبادىء والقيم والثقافة الأصيلة التي تؤهله لتنشئة جيل من العمال العرب يؤمن بقوميته العربية.

2- الخدمات الصحية:

تنص تشريعات العمل في الوطن العربي على ضرورة إلتزام صاحب العمل بتوفير جميع خدمات الرعاية الصحية في مكان العمل. وتلزم تلك القوانين أيضا صاحب العمل أن يقوم بتعيين طبيب خاص للعمال وإنشاء عيادة خاصة لتوفير العلاج المجاني خلال فترةالعمل، وخاصة بالنسبة للمصانع والمنشآت التي يزيد عدد العمال فيها عن 50 عاملا. وتتولى العيادة أيضا إجراء الفحوصات الدورية على العمال وهي فحوصات تجري سنويا أو كل نصف سنة، ويمكن عن طريق الفحوصات إكتشاف بعض الأمراض وعلاجها قبل إستفحالها.

كما تقوم المصانع أيضا بتوفير الإجراءات اللازمة للإسعافات الأولية، وينبغي أن يلم بعض العمال بالوسائل الموجودة وطرق إستعمالها وأماكن تواجدها. ولا تقتصر الرعاية الصحية على الجانب العلاجي، وإنما تمتد لتشمل الجانب الوقائي عن طريق التوعية الصحية وتعليم العمال مبادىء الصحة العامة وقواعدها،

والوقوف على أسباب ما يتعرضون إليه من الأمراض والحوادث وتقديم الإرشادات اللازمة في النشرات الجدارية.

3- خدمـــات النقـــل:

يلتزم صاحب العمل بموجب التشريعات العمالية بتحمل أو تغطية نفقات النقل بالنسبة للعمال من وإلى موقع العمل. وإذا كان موقع العمل بعيـدا عـن متنـاول وسائل، وجب على صاحب العمل وتوفير وسيلة خاصة لنقل العمال. والهدف مـن تنظيم وسائل النقل هو ضمان رفاهية العمال والمحافظة على تواجدهم وقوتهم فـي أداء العمل المطلوب منهم. لأن صعوبة أو تعذر المواصلات في بعـض الأحيـان يؤدي إلى إستنفاذ طاقة العامل عند وصوله مما يؤثر بالتالي على إنتاجيته. وبهـذا فإن توفير مثل هذه الخدمات يعني إمتدادالمصنع وتأثيره على البيئة التي يسكن فيها العامل. ومن هنا يصبح إقبال العامل على العمل إستجابة للإهتمـام الـذي يبديـه المصنع بالعمال والحرص على سلامتهم.

4- خدمـــات الإسكـــان:

تلزم التشريعات صاحب العمل بتوفير السكن الملائم للعمال وتوفير الخدمات الضرورية إذا كان مكان العمل يقع في منطقة بعيدة. ويعتبـر تـوفير مثـل هـذه الخدمات من الوسائل اللازمة لتحقيق رفاهية العمال. وقد تزايد في السنوات الأخيرة الإهتمام الرسمي بتوفير المساكن الملائمة للعمال وأسـرهم وإعتبـار ذلـك مـن مستلزمات الإستقرار الإجتماعي. وتقوم الحكومات بتقديم المـنح والقـروض ذات الفوائد القليلة للجمعيات التعاونية الخاصة بإنشاء المساكن وتقوم هذه الجمعيات ببيع هذه المساكن أو تأجيرها للعمال مقابل بدل بسيط جدا.

5- خدمات الحماية والأمن الصناعي:

ونعني بهذه الخدمات إتخاذ الإجـراءات الكفيلـة بتقليـل نسـبة الحـوادث والإصابات وضمان سلامة وصحة العمال وزيادة الإنتاجية. وهذه الإجـراءات لـم

تكن متوفرة سابقا في المنشآت الصناعية لأن التأكيد كان ينصـب علـى العمليـة الإنتاجية دون أي إعتبار للعنصر البشري. وبهذا فالهدف من هذه الخـدمات هـو وقائي بالدرجة الأولى، وتعتبر التشريعات إحدى الوسائل التي تضمن تحقيق هـذا الهدف. وتنص تشريعات العمل في الوطن العربي على ضرورة توفير الإجراءات اللازمة لضمان صحة العامل وسلامته في المعامل والمصانع خلال ساعات العمل. وتؤكد هذه التشريعات أيضا مسؤولية صاحب العمل في توعية العمـال بمخـاطر المهنة وإستخدام وسائل الحماية اللازمة، ويتم توضيح ذلك في النشرات والإعلانات التي تصدرها الإدارة المختصة، وعلى العمال أن يلتزموا بهذه التعليمات والأنظمة الداخلية التي تصدر على شكل نشرات.

6- الوجبـات الغذائيـة:

تلزم التشريعات صاحب العمل بتقديم وجبات غذائية في المنشآت الصـناعية وخاصة البعيدة عن الأسواق ومناطق سكنى العمال. ويتحمل صاحب العمل الجزء الأكبر من تكاليف هذه الوجبات، ويجب أن لا يتحمل العامل أكثر من ثلث التكلفـة. وبذلك ينبغي وجود مطعم خاص للعمال في كل منشأة صناعية تتوفر فيه الشـروط الصحية ويخضع لإشراف لجنة من المختصين تضم ممثلا عـن العمـال والنقابـة ومراقبا صحيا وأخصئيا إجتماعيا.

7- الإجـازات السنويـة:

تضمن قوانين العمل في الوطن العربي حق العامل في التمتـع بفتـرة مـن الراحة والحصول على إجازة سنوية يستطيع من خلالها المحافظة علـى صـحته وقوته بعد فترة طويلة من العمل غالبا ما تستمر لمدة سنة كاملة. وبذلك ينبغي أن لا يكون الأجر الذي يحصل عليه العامل خلال إجازته السـنوية أقـل مـن الأجـر الإعتيادي. وغالبا ما يمنح العامل في بعض الدول المتقدمة أجـرا إضـافيا خـلال إجازته ليتمكن من السفر هو وأسرته وتنظم لذلك الغرض برامج ترويحية تسـاعد العامل على التمتع بالإجازة السنوية.

8- الخدمات الإجتماعية الأخرى:

وتتضمن تشريعات العمل إضافة إلى الخدمات المذكورة أنواعا أخرى نوجزها بما يلي:

1- تحديد ساعات العمل بحيث لا تزيد على ثمان ساعات يوميا، وثمان ,اربعين ساعة أسبوعيا، ويراعى في ذلك ظروف العمل الشاقة بحيث تكون ساعات العمل أقل، وكما تكون الأجور مضاعفة بالنسبة للأعمال الليلية والصعبة.

2- لا يجوز تشغيل المرأة في الأعمال الصعبة أو الليلية إلا إذا كان العمل إداريا أو كتابيا. ويسمح للأم العاملة برضاعة طفلها مرتين خلال اليوم على أن لا تقل كل مرة عن نصف ساعة ويتم إحتساب هذه الفترات من ساعات العمل.وتؤكد هذه التشريعات على حق الأم في إجازة الحمل وإجازة الولادة. ولا شك فإن وجود مثل هذه الخدمات بالنسبة للأم العاملة يؤدي إلى إستقرارها وبالتالي إصرافها للعملية الإنتاجية. وقد إشترطت الكثير من القوانين أن يتحمل صاحب العمل مسؤولية إنشاء دار حضانة في كل مصنع يستخدم عددا من الأمهات العاملات.

3- لا يجوز تشغيل الأحداث دون سن الرابعة عشرة، وتحرم بعض القوانين تشغيلهم دون سن السادسة عشرة في بعض الصناعات وخاصة بالنسبة للأعمال الصعبة والليلية أو الأعمال الإضافية. وتحدد القوانين ساعات عمل الأحداث في حالات معينة على أن لا تزيد عن سبع ساعات يوميا. تتخللها فترات إستراحة طويلة نسبيا بالمقارنة مع الكبار والبالغين. وبالنسبة للإجازة السنوية يجب أن لا تقل عن شهر كامل.

ثانيا: الخدمات التي تتضمنها تشريعات الضمان الإجتماعي.

الضمان الإجتماعي عبارة عن مجموعة من البرامج الخاصة بالوقاية والأمن والهادفة إلى منع أضرار الحياة الحديثة ومخاطرها مثل المرض والبطالة والعجز والشيخوخة والوفاة أو إصابات العمل. وهذه المخاطر لا يمكن للفرد التكهن بها أو

تجنب حدوثها. ويمكن تطبيق مثل هذه البرامج عن طريق المساعدات العامة والتأمين الإجتماعي والخدمات الصحية والتأهيلية وما إلى ذلك من خدمات الرعاية الإجتماعية. وهناك نوعان من الإجراءات المتخذة لتنفيذ هذا الهدف، أولهما إجراءات المحافظة على الدخل وتشمل المساعدات العامة والتأمين الإجتماعي الإلزامي والمعاشات المقررة لبعض فئات المجتمع كالتقاعد وتأمين البطالة. أما النوع الثاني فيتضمن حماية الأفراد من إنخفاض مستوى معيشتهم وذلك بتطبيق برامج التأمين الصحي وتوفير الخدمات التربوية وتحديد إيجارات السكن[1].

وتتضمن تشريعات الضمان الإجتماعي في الوطن العربي الخدمات التالية:

1- التأمين ضد حالات المرض ودفع التعويضات اللازمة للعمال.
2- التأمين ضد العجز ودفع تعويضات للعمال حسب نوع ودرجة العجز.
3- التأمين ضد التقاعد ودفع معاشات تقاعدية للعمال.
4- يحدد العمر التقاعدي في بعض الأقطار العربية بـ60 سنة للذكور و55 سنة للإناث، أو بعد 30 سنة من الخدمة للذكور و25 سنة للإناث. أو في حالة وفاة الشخص أثناء عمله[2].
5- يخصص معاش العامل التقاعدي لأسرته بعد وفاته وبغض النظر عن مدة الخدمة.
6- تمنح للعمال مساعدات تقاعدية في حالة عدم إستيفاء الشروط المطلوبة للتقاعد وتحسب على أساس مرتبه الشهري ومدة الخدمة.
7- تحدد إشتراكات العمال بناء على دخل العامل وتقدر بـ50% من مجموع الأجور.

---

[1] حسن، محمود، الخدمات الإجتماعية المقارنة، مصدر سابق ص40.

[2] قانون التقاعد والضمان الإجتماعي رقم 39 لسنة 1971، بغداد.

8- تستلزم تشريعات الضمان الإجتماعي توفير الخدمات الإجتماعية التي يستفيد منها العمال وأسرهم مثل توفير المراكز الإجتماعية، المستشفيات ورياض الأطفال[1]، المساكن للمعاقين المدارس المهنية، المكتبات، النوادي الثقافية والساحات الرياضية... إلخ.

تمويل برامج الضمان الإجتماعي:

تمول أغلبية برامج الضمان الإجتماعي في العالم اليوم من مصادر ثلاثة وهي العمال وأصحاب العمل والحكومات. وتكون المساهمات على شكل إشتراكات تدفع نسبتها من مجموع الإيرادات وكما يلي:

1- 5% من مجموع دخل العامل الشهري.
2- 10% شهريا بالنسبة لأصحاب العمل.
3- 10% بالنسبة للحكومات، كما وتلتزم الحكومات بتغطية أي عجز قد يحصل في تمويل البرامج. ولا شك فإن هذه المصادر وطبيعتها ونسبة الإشتراكات تختلف بين الأقطار العربية نتيجة لإختلاف أنظمتها السياسية والإقتصادية السائدة ومدى دور ومساهمة الطبقة العاملة في العملية الإنتاجية والتنمية بشكل عام.

إدارة وتنظيم برامج الضمان الإجتماعي:

تختلف الأقطار العربية فيما بينها من حيث التبعية الإدارية لأجهزة ومؤسسات الضمان الإجتماعي. ويوجد في بعض الأقطار العربية ما يسمى بالمؤسسة العامة للتقاعد والضمان الإجتماعي، بينما يوجد في أقطار أخرى مديرية أو مؤسسة للتأمين الإجتماعي، مما يؤكد التباين الحاصل في المفاهيم المتعلقة بالعمل والعمال بين الأقطار العربية، ويحول دون التعاون والتنسيق في هذا المجال.

---

[1] وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، الخدمات الإجتماعية للعمال، الندوة السنوية الدولية عن الضمان الإجتماعي، بغداد.

وعموما فإن هذه الأجهزة المتخصصة تخضع لإشراف وزارة الشؤون الإجتماعية وتتمتع بإستقلالية إدارية ومالية وتخطيطية. ويتولى رئيس المؤسسة أو المديرية مسؤولية تنفيذ البرامج والسياسات. وتحتوي هذه البرامج على برامج فرعية أخرى نوجزها بما يلي:

1- التأمين الصحي. ويتولى المهام التالية:
   - الرعاية الصحية.
   - التعويضات المادية للمصابين.
   - نفقات التنقل والإقامة بالنسبة للمرضى.

2- إصابات العمل والأمراض المهنية.

3- التأمين ضد التقاعد.

4- تأمين الخدمات الإجتماعية وتتضمن المهام التالية:ـ
   - تخطيط وتنفيذ مشاريع الخدمات الإجتماعية.
   - تقديم الدعم اللازم لجميع المشاريع.

ملاحظات عامة:

يتبين ومن خلال إستعراض التجربة العربية في مجال الرعاية الإجتماعية للعمال بأن الأقطار العربية تلتزم في توفير قدر معين من هذه الخدمات كل حسب ظروفها وإمكانياتها الإقتصادية وتجربتها التاريخية في هذا المجال. وتختلف الأقطار العربية من حيث الطرق والأساليب التي إتبعتها في تنفيذ وتحقيق مثل هذه الخدمات. فقد جاءت هذه التشريعات في بعض الأقطار العربية تلبية المصالح الطبقة العاملة وتزايد وعيها السياسي. مما شكل عنصرا للضغط على تلك الحكومات للإعتراف بحقوق الطبقة العاملة كما هو الحال بالنسبة لأقطار المجموعة الثانية والثالثة.بينما جاء تدخل الحكومة في أقطار أخرى نيابة عن الطبقة العاملة ودون أن تكون لهذه الطبقة أي طموحات أو أهداف تناضل من أجلها. كما هو الحال في أغلب أقطار المجموعة الأولى. وفيما يتعلق بتطور التشريعات والخدمات

العمالية. فقد أحرزت بعض الأقطار العربية تطورا ملحوظا يعزى إلـــى خبرتهـــا الطويلة في هذا المجال كما في أقطار المجموعة الثانية التـــي يرجـــع تـــاريخ أول تشريع للعمل في بعضها إلى مرحلة الثلاثينات وإلى الخمسينات بالنسبة لتشـــريعات الضمان الإجتماعي.وقد إستطاعت المجموعة الأولى أنتتفوق على المجموعة الثانية بالرغم من خبرتها الحديثة في هذا المجال والتي ترجع إلى مرحلة الستينات بالنسبة لقوانين العمل وألى السبعينات بالنسبة لقوانين الضمان الإجتماعي. ويرجع الســـبب في هذا التطور إلى توفر القاعدة الإقتصـــادية الجيـــدة لتمويـــل بـــرامج الضـــمان الإجتماعي من ناحية وإلى الإنفتاح على التجارب العالمية من ناحية أخـــرى فـــي أقطار المجموعة الأولى.

وفيما يتعلق بشمولية برامج الرعاية الإجتماعية العمالية في الوطن العربـــي، إستطاعت بعض هذه البرامج أن تشمل جميع المواطنين سواء العاملين داخل البلد أم خارجه. زتتضمن هذه الشمولية أيضا العرب المتواجدين علـــى أراضـــيها. بينمـــا تقتصر هذه البرامج في أقطارا أخرى على سكان البلد الأصليين فقط، أو أنها تفضل العمالة الأجنبية على العربية. ويشكل ذلك خرقا لبنود الميثاق العربي للعمـــل كمـــا نصت المادة السادسة.

7- الخدمة الإجتماعيــة في المجال الطـــبي.

1- مدخل تـــاريـــخي.
2- مفهـــــوم الخدمة الإجتمـــاعية الطبية.
3- المواقف والإتجاهات الحضارية ــ الإجتماعية والمرض.
4- إستجابات وردود أفعال المريض للمرض.
5- دور الأخصائي الإجتماعي الطبي.
6- طرق الخدمة الإجتماعية الطبية.

1- مدخـــل تاريخـــــي:

تعتبر ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي في الوقت الخاص بمثابة الحلقة الأخيرة من سلسلة التجارب والمنجزات التي مرت بها في السابق. وهنـــاك في هذا الإطار التاريخي عددا من الجهود المبذولة التي تستهدف تحليـــل وظـــائف الخدمة الإجتماعية الطبية والعمل على تطوير ممارستها المهنيـــة. وتســتمد هـــذه الجهود جذورها من الدراسات والأبحاث التي ترجع إلى عام 1905.

وقد مرت الخدمة الإجتماعية في المجال الصحي منذ ذلـــك العصــــر بعـــدة مراحل تميزت بعدم الثبات والإستقرار، حيث كان تطورها خـــلال الثلاثـــين ســـنة الأولى بطيئا ويسير بإتجاه ثابت متنقلا من مؤسسة صحية إلى أخرى. وإن الإهتمام الذي كانت توليه للتعرف على المشكلات الإجتماعية الناجمة عن المرض ورعايـــة المرضى، قد أوضح مدى التطور الذي شهدته من حيث خـــدماتها وتزايـــد عـــدد العاملين في هذا المجال. وقد كانت الخدمة الإجتماعية خلال المرحلة الأولـــى مـــن تطورها مؤثرة بسبب عدم تعقد الحالات التي تتعامل معها، بالرغم مـــن محدوديـــة الطرق والمناهج المستخدمة من قبل الأخصائيين الإجتماعيين. وكان الطـــب فـــي السابق يركز إهتمامه على الرعاية الجسمية للمريض، ولم يكن الإهتمام بالجوانـــب النفسية أو لطب النفسي بالشكل الذي هو عليه الآن مع أن الأقدمين كانوا على وعي بالعلاقة بين الجسم والنفس وما بينهما من تفاعل. ويؤكد أفلاطون أن " مـــن أكبـــر أخطائنا اليوم أن يفصل الطبيب بين الجسم والنفس ". وقد كان الأطباء العرب ومنهم إبن سينا يحاولون علاج الأمراض الجسمية بأساليب نفسية دون اللجوء إلى الأدوية والعقاقير الطبية، ومع أن نظرتهم إلى المريض تختلف عن نظـــرة علـــم الـــنفس الحديث، إلا أنهم يؤكدون أهمية التعامل مع المريض كوحدة متكاملة.

ولم يهتم الطب بالجوانب الإجتماعية والنفسية للمرض العضـــوي ودراســـتها دراسة علمية إلا في أوائل القرن الحالي. وقد جاءت البحوث الفسيولوجية الحديثـــة وأبحاث مدرسة التحليل النفسي لفرويد لتؤكد أثر الإنفعالات والتوترات النفسية فـــي

المرض. فالخوف والغضب أو الحزن تؤدي إلى إضرابات جسمية عديدة منها إرتفاع ضغط الدم وزيادة إفراز الغدد وسرعة ضربات القلب. وإذا ما تكررت هذه الإضطرابات الفسيولوجية التي يسببها التوتر والإنفعال تحولت لإلى إضطرابات مزمنة تؤدي في نهاية المطاف لى إضطرابات وأمراض عضوية.

ولهذا يعتبر الأخصائيون الإجتماعيون أول من أدخل الإعتبارات الإجتماعية النفسية وتأثيراتها العضوية إلى المؤسسة الصحية (المستشفى) وتوجيه الإهتمام إلى دراستها، وذلك عن طريق دراسة الحالات وتوضيح الأبعاد الإجتماعية النفسية للأطباء كل بحسب طبيعة إختصاصه. ولهذا فإنه وبالرغم من التعاون بين إهتمامات الطبيب وتركيزه على الجوانب العضوية وإهتمامات الأخصائي الإجتماعي وتركيزه على الجوانب الإجتماعية للمرض، فإن دور الأخصائي الإجتماعي وفق هذا المنظور لا يقل أهمية عن دور الطبيب المعالج.

وقد تجسدت بمرور الزمن مكانة الخدمة الإجتماعية وأهمية دورها المهني داخل المستشفى وذلك من خلال التطورات التي شهدتها في مجال التنظيم المهني وإعدادا الدراسات المتعلقة بتعليم المهنة وممارستها في مختلف المجالات. ومع التطور الذي شهدته مجالات أخرى مثل الطب النفسي والتحليل النفسي والطب السايكوسوماتي، أصبحت طريقة خدمة الفرد في الخدمة الإجتماعية من الطرق الأكثر تطورا والأوسع إنتشارا وذلك لإهتمامها بدراسة العديد من الحالات. ومن المظاهر الأخرى لتطور الخدمة الإجتماعية الطبية، التعاون والتنسيق بين إدارة المستشفى وبقية العاملين والأخصائيين الإجتماعيين في المجال الطبي وبطريقة إنعكست آثارها على دراسة المريض ومتابعة حالته الصحية. ولهذا صار من الممكن وخلال الفترة السابقة للحرب العالمية الثانية، تحديد مفهوم خدمة الفرد بإعتبارها الطريقة التي تعتمدها الخدمة الإجتماعية الطبية في تحقيق أهدافها داخل المستشفى[1].

---

(1) Bartlett , Harriett. M. "Fifty years of social work in the medical setting (N. Y. National Association of social workers , 1957) , pp 15 - 16.

وقد ساعدت التطورات التي شهدها العام نهاية الأربعينات وبداية الخمسينات على ظهور إتجاهات فكرية جديدة ساعدت على بلورة النشاطات الخاصة بالخدمة الإجتماعية من ناحية والطب من ناحية أخرى. ويطلق على هذه الإتجاهات بالأبعاد المنظمة للمارسة المهنية وتتمثل كما يقول اليوت ستوت " Studt Elliot"بدراسة ثلاثة جوانب(1):

1- المشكلة الإجتماعية.

2- المسؤولية الإجتماعية.

3- النسق المنظم للخدمات.

وقد تم توحيد المفاهيم الخاصة بالطب النفسي والجوانب الإجتماعية في إطار المفاهيم الخاصة بالتعليم والممارسة المهنية للطب. وظهر ولأول مرة دور كل من علماء النفس والإجتماع في تعليم طلبة كليات الطب على أهمية الظروف الإجتماعية والنفسية المحيطة بالمريض وكيفية القيام بالدراسات الإجتماعية والنفسية.

وفي منتصف الخمسينات ظهرت أدلة أخرى تؤكد دخول الخدمة الإجتماعية الطبية مرحلة تطورية جديدة تمثلت في شمولية الخدمات وتقديمها على المستوى الجغرافي والبشري. وهكذا تؤكد هذه التطورات الكمية والنوعية التي شهدتها الخدمة الإجتماعية والطب مدى التغير والتحول نحو توحيد مفاهيم وأطر وإتجاهات الخدمة الإجتماعية الطبية بعد فترة طويلة من التشردم والضياع للكثير من الوقت والجهد.كما شهد كل من المجال الطبي والصحة العامة تطورات مماثلة في مجال المعرفة العلمية والمناهج المستخدمة وتوحيد المفاهيم وتحديد الأهداف العامة. وتحتاج الخدمة الإجتماعية الطبية إذا ما قورنت بالتطور الذي شهدته الخدمة الإجتماعية بشكل عام والطب بشكل خاص إلى مجموعة من المعارف والمبادىء حتى يتسنى لها تحسين مكانتها المهنية. وهناك العديد من التساؤلات التي ظهرت

---

(1) Council on social work Education , Aconceptual Approach to teaching materal , N. Y. 1965.

في هذا الخصوص منها على سبيل المثال كيفية إستخدام المعرفة النظرية السابقة والخبرة الحالية في تحقيق أهداف مستقبلية، وكيف يمكن إستخدام المهارات والكفاءات المهنية من أجل توفير خدمات أفضل.

2- الخدمة الإجتماعية الطبية.

يتطلب الإتجاه الشمولي لتحليل ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي معرفة عناصرها ومكونتها والطرق التيتستخدمها حتى يتسنى للعاملين فيها تكييف عناصرها للمجال الذي تعمل فيه وتوحيدها مع بقية المهن التي تعمل معها[1]. فالمعروف أن كل مجتمع يعمل على تلبية متطلبات أفراده والتصدي للمشكلات التي تواجههم عبر مختلف المؤسسات الإجتماعية التي تختلف هي الأخرى من مجتمع لآخر ومن حضارة لأخرى. ويمكن إعتبار الخدمة الإجتماعية كمهنة إجتماعية داخل المجتمع مثل أي مهنة أخرى كما في الطب والتعليم. والخدمة الإجتماعية لا تمارس عملها كمهنة مكملة نشاطات المهن الأخرى في أي مجال، وإنما تسهم لوحدها بتقديم خدماتها من خلال نشاطاتها المتعددة والمتنوعة، وتتميز هذه المهنة الإنسانية بديمومتها وقدرتها على الإستمرار رغم التبدل الذي شهدته بسبب التغير الإجتماعي السريع. وتهتم الخدمة الإجتماعية بالوظائف الإجتماعية لكل من الفرد والجماعة وتعمل على مواجهة المشكلات اليومية المختلفة.

والخدمة الإجتماعية تختلف عن الرعاية الإجتماعية، لأن الخدمة الإجتماعية مهنة، بينما تمثل الرعاية الإجتماعية نظاما واسعا من المؤسسات والبرامج والعاملين وتلبي إحتياجات المجتمع بأكمله، وتمارس الخدمة الإجتماعية عملها داخل هذا النظام الواسع مثل أي مهنة أخرى. وقد تطورت الخدمة الإجتماعية كمهنة بفعل

---

[1] Bartlett , Harriett , M , "Analyzing social work Practice fields , (N. Y: N. A. S W) " 1961 .

الكثير من العوامل والقوى الإجتماعية حتى صارت بمرور الزمن قـوة إجتماعيـة بحد ذاتها وذلك من خلال قدرتها في التأثير على المجتمع.

وتقدم الخدمة الإجتماعية خدماتها عبر نـوعين مـن التنظيمـات والأبنيـة افجتماعية، فهناك المؤسسات الخاصة بالخدمة الإجتماعية والمزودة بالأخصـائيين الإجتماعيين، أو أنها تعمل تحت إشراف ورعايـة مؤسسـات أخـرى. وتعتبـر المؤسسات الخاصة برعاية الأسرة والطفل أمثلة على النوع الأول من التنظيمـات. أما الخدمة الإجتماعية في المجال الصحي والمدرسي أو الإصلاحي فتعتبر أمثلـة على النوع الثاني من الأجهزة وتعرف هذه الأنواع من المؤسسات فـي المنظـور الإجتماعي بالمؤسسات الأولية (خدمة إجتماعية)، بينما توصف الثانوية بمؤسسـات خدمة إجتماعية.

وهكذا نجد في الوقت الحاضر إعترافا بأهمية ممارسة الخدمة الإجتماعية في مختلف مجالات الحياة، وهذه الخاصية تعتبر من أبرز ما يميز الخدمة الإجتماعيـة عن بقية المهن.

وتعرف الخدمة الإجتماعية الطبية بالعمليات المهنية والجهود العلميـة التـي يقوم بها الأخصائي الإجتماعي لدراسة إستجابات المريض نحو مشاكله المرضـية، وتتضمن كل من خدمة الفرد وخدمة الجماعة في بعض المواقف. وتقـوم الخدمـة الإجتماعية بوظيفتها في المستشفيات والعيادات وغيرها مـن المؤسسـات الطبيـة لتوفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالإستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعالة. وتهتم الخدمة الإجتماعية الطبية ايضا بتقديم المساعدة في مشكلات التكيـف الإجتماعي والمشكلات الإنفعالية التي تؤثر في تطور المـرض وسـير العـلاج، وتهدف أيضا إلى مساعدة المريض على الإستفادة الكاملة من العـلاج ومسـاعدته وأسرته على التكيف في بيئته الإجتماعية الخارجية[1].

---

[1] Bartlett , Harriett , M " S ocial Work Practice in the Health field " (N. A. S. W) , 1961 pp: 17-18.

3- المواقف والإتجاهات الحضارية - الإجتماعية والمرض.

يعتبر المرض والإعاقة البدنية نوعامن أنواع الإضطراب الإجتماعي من الوجهة الحضارية الإجتماعية السائدة، لأن المرضى والمعاقين غير قادرين على العمل أو تحمل مسؤولياتهم كاملة. ولمثل هذا الإتجاه أهمية خاصة بالنسبة للأخصائي الإجتماعي، لنه يضع المرض في إطاره الصحيح من الخدمة الإجتماعية. ومع أن المرض خلل إجتماعي، فهو أقل ضررا على المجتمع من بعض أنواع السلوك العدواني[1]. ويحظى موضوع المرض في العصر الحديث بإهتمام خاص لما ينجم عنه من خسارة مادية وإجتماية أو ضرر نتيجة لعجز المريض أو عدم قدرته على تأدية واجباته والقيام بأدواره داخل المجتمع. وقد تطورت النظرة إلى المريض في الوقت الحاضر لما يحظى به من إهتمام وعطف من قبل الآخرين، في حين كان ينظر إلى المريض سابقا من خلال مرضه بإعتباره شخصا يتحمل مسؤولية مرضه ويلقى باللوم عليه. إلا أن إهتمام المجتمع والآخرين بالمريض في الوقت الحاضر لا يدوم ويتوقف على مدى مراعاة المريض للسلوك العام الذي يفرضه المجتمع، ومدى تحمل أسرته أو أقاربه له وعلى نوعية المرض وخطورته ودرجة العجز أوالإعاقة، وكل هذه العوامل تحدد قبول الآخرين للمريض وإهتمامهم به. ولهذا يستهدف العلاج من الناحية المجتمعية إرجاع الفرد إلى وضعه السابق قبل المرض إذ أمكن وتحقيق نوع من الإستقلال الذي يمكنه من الإعتماد على نفسه والقيام بوظائفه الإجتماعية[2].

ولهذا يمكن للمواقف والإتجاهات الإجتماعية أن تتغير بمرور الزمن وتصبح سلبية في نظرتها للمرض والإعاقة. فإستمرار المرض أو الإعاقة تجعل من الفرد

---

[1] N. A. S W , "Trends in social work Practice and Knowledje" , tenth.Anniversary symposium , (N Y. 1966) pp: 62 - 64.see also , Bartleet , Harriett. M. , " Analyzing social work Practice by fields ". op-cit. p. 58.

[2] Parsons , Talcott , " The social system " (Glencoe , 3 ,: The Free Press , 1951) pp: 436 -39 , 473 - 79.

عبئا إجتماعيا يحول دون إهتمام المحيطين به أو يصعب رعايتهم له أو يؤدي إلى رفضهم له أحيانا. وهكذا أدركت المهن ذات العلاقة بالجانب الطبي، أهمية العلاقة بين المرض والإعاقة من ناحية والمشكلات التي يتعرض لها الفرد في حياته من ناحية أخرى. ولهذا يستلزم العمل مع المريض في مثل هذه الظروف، تقديم المساعدة اللازمة له لتلبية متطلباته وإشباع حاجاته الساسية في الجوانب النفسية والإجتماعية والطبية[1].

وقد أصبح واضحا في كل من المجال الطبي والصحة العامة أهمية أخذ المواقف الإجتماعية الحضارية في الإعتبار عند توزيع الخدمات الإجتماعية والصحية لمختلف فئات المجتمع. فالمظاهر الحياتية اليومية من المرض والإعاقة أو إتباع نظام غذائي معين تؤثر بدون شك على مدى تقبل الناس للخدمات أو إستجاباتهم نحو الإجراءات الصحية أو الرعاية الطبية. ولهذا يهتم المجال الصحي بتكييف الخدمات والبرامج للناس بما يتلائم وقيمهم الحضارية، فتقبل جماعة معينة لنوع معين من البرامج والخدمات بسبب إنتمائها الحضاري يختلف عن قبول جماعة أخرى تنتمي لحضارة مختلفة.

وهكذا يتجه الإهتمام بالجوانب الثقافية والإجتماعية وموقفها من الصحة في الوقت الحاضر، بحيث يمكن لكل من الطب والصحة تحسين ممارسته المهنية من خلال الإهتمام بالمضامين الإجتماعية النفسية للمرض ومدى تأثير القيم الإجتماعية.

4- استجابات المريض للمرض وردود فعله.

يستجيب الإنسان وبطرق متعددة للمرض أو أي مشكلة أخرى، بحيث يمكن ملاحظة هذه الإستجابات. وتشير الدراسات الخاصة بتحليل سلوك الإنسان في المجال الصحي إلى العديد من المظاهر السلوكية المضطربة والناجمة عن إستجابات

---

[1] Parsons , Talcott , "Definitions of Health and illness in the light of American values and social structure ", in E. Gartly Jaco , " Patients , Physicians and illness , " op-cit , pp.165-187.

المريض وأسرته نحو المرض. فالأمراض الخطيرة تؤدي إلى ظهور المخـــاوف، وتعقد الرعاية الطبية الحديثة تخلق نوعا من الإضطراب لدى كل مـــن المـــريض وأسرته. وكل ردود الأفعال هذه تجعل من المرض عملية بايلوجية ـ إجتماعيـــة ـ نفسية، وهو نوع من أنواع السلوك التوافقي يترتب عليه مواقف وتأثيارت خطيـــرة بالنسبة للمريض. وقد حظيت هذه المواقـــف والإســـتجابات والأنمـــاط الســـلوكية المرتبطة بالمرض بالإهتمام الذي تستحقه من جميع المهن العاملـــة فـــي المجـــال الصحي[1].

بالمريض بمجرد إنتقاله من بيئته الأسرية إلى البيئة الجديدة للمستشفى يتحتم عليه التكيف لنمط جديد من الحياة تفرض عليه نوعا من الإلتزام والخضوع لنظـــام صارم يتطلب درجة كبيرة من ضبط النفس. ويتعرض المريض في البيئة الجديـــدة لعدد من الإختبارت والفحوص ويمر بمراحل مختلفة من العلاج تتطلب أحيانا تدخل جراحي لا يمكن التنبوء بنتائجه. وغالبا ما يكون الشعور بالوحدة عنـــد المـــريض أقوى من الأشخاص العاديين وذلك بسبب الإعتماد على الغير. والحاجة إلى الغيـــر والإعتماد عليهم تعمق الشعور بعدم الإرتياح لدى المريض، ومن المظاهر الأخرى للمرض شعور المريض بالخوف من الخبرات الجديدة التي يمليها العلاج والفتـــرة التي تليه.

ولاشك فإن مشكلات المرض تكون أخف عندما تكون الظروف ملائمة نسبيا أو أن فترة المرض أقصر، بيد أن المريض لا يعاني فقط من الألام الجسمية، بـــل يعاني من الشعور بالأحباط وتدهور حالته المعنوية. وتظهر الكثير من مظاهر سوء التكيف في حالات الأمراض المزمنة خاصة عندما يتحمل المـــريض مســـؤوليات إجتماية وأعباءا أسرية. وإن إستجابات المرضى من المرض تختلف من فرد لآخر

---

(1) Bartlett , Harriett.M, "Social Work Practice in the Health Field" op- cit. pp. 42 - 43.

وتتراوح بين الإنكفاء والإحساس بالقلق إلى مظاهر الإتكالية والعـدوان. وتتمثـل الإستجابات المباشرة في الخوف من الموت أو المصير المجهـول الـذي ينتظـر المريض. وهذه الحقيقة تؤكد أن العلاج لا يقتصر على توفير الدواء أو الخـدمات التي يتطلبها المريض، وإنما بمساعدته على التكيف الإجتماعي. ولما كانت الحاجة الأساسية للمريض هي الشعور بالأمن والإطمئنان، فإن الخوف الذي يواجهه ومـا ينطوي عليه من فقدان لهذا الشعور، يحطم آمال الإنسان ويؤدي بـه إلـى سـوء التكيف الإجتماعي. ومن الحقائق المسلم بها هي أن شفاء المريض من أي نوع من الأمراض يتوقف بدرجة كبيرة على إتجاهات المريض ومواقفه من حالته الصـحية وعلى درجة التفاؤل والشعور بالأمان خلال فترة مرضه. كما أن فاعليـة العـلاج وتماثل المريض للشفاء تتوقف على درجة تكيف المريض للموقف الجديد وتماسـك شخصيته، وتقبل المريض لذاته وبيئته وتقبل الآخرين له[1].

ويتضمن هذا التكيف للمريض تغيير سلوكه حتى ينمي علاقة أكثر توافقا مع البيئة التي يعيش فيها، أو إقامة علاقات تحقق الإشباع بين الفرد وبيئتـه، وتشـمل البيئة كل المؤثرات والإمكانيات والقوى التي تؤثر في الفرد حتى يحقق الإسـتقرار النفسي والجسمي. وينطوي مفهوم البيئة على ثلاثة جوانب: البيئة الطبيعية، البيئـة الإجتماعية، والذات، وتتمثل البيئة الطبيعية بالعالم الخارجي المحيط بالفرد كالمسكن والغذاء والملبس. وتشمل البيئة الإجتماعية الجماعات الإجتماعية المختلفـة التـي يعيش فيها الفرد وعلاقاته بها، ونسق العادات والمعيير والقيم والتقاليد التي تحكـم سلوك الفرد وتوجهه. أما الذات فهي ذلك الجانب من النفس الـذي نتعامـل معـه ونحاول دائما أن نتعلم كيف نروضه ونسيطر على مطالبه. ولهذا الجانـب علاقـة وثيقة بالحاجات وكيفية إشباعها سواء كانت عضوية أو نفسية. فالحاجـات إذا لـم تشبع تخلق لدى الفرد توترا يدفعه لإشباعها، وكلما طالت مدة الحرمان زاد التـوتر

---

[1] N A. S. W , " Trends in social work Practice and Knowledje , op-cit.

وعدم الإستقرار. والمريض قد يلجأ أحيانا إلى الإضراب عن الطعام نتيجة لعدم إشباع حاجته إلى الحنان، أو أن شعوره بالأهمال يدفعه إلى العدوان. كما أن المريض وبسبب عدم إشباع حاجته للإنتماء يشعر بالنبذ ويلجأ إلى الإنطواء.

وهكذا فإن الهدف الذي يسعى اليه الأخصائي الإجتماعي هو تدريب المريض على مواجهة الحقائق ومجابهة مشكلاته الشخصية بشجاعة ومعالجتها بأسلوب واقعي، ولا بد له أن يعرف كافة الحقائق عن نفسه وعن عمله، وعن قدراته وظروفه وعن أسرته. لأن فكرة المريض عن نفسه من أهم العوامل التي تؤثر في سلوكه، لأنه إذا لم يتقبل نفسه يتعرض للمواقف الأحباطية التي تجعله يشعر بالعجز وهذا الشعور يدفعه إلى الإنطواء أو العدوان أحيانا. ولا يعني التكيف هنا إستسلام المريض للأمر الواقع وإنما هو عملية إيجابية مستمرة يواجه بها المواقف المتغيرة في البيئة.

ويمثل المستشفى بالنسبة للمريض إحباطا لدوافعه بما يفرضه من قيود ونظام وحدود، إضافة إلى أنه يمثل إنقطاع لعلاقاته الإجتماعية والإنفعالية بالبيئات المختلفة مثل المدرسة، النادي، المصنع والبيت. ويعرف الإحباط بأنه العملية التي تتضمن إدراك الفرد ووعيه بوجود عائق يحول دون إشباعه لحاجاته أو توقع الفرد حدوث مثل هذا العائق في المستقبل. وتتضمن العوامل الإحباطية إدراك الخطر أو التهديد الذي يشعر به المريض بجانب وجود العائق الذي يمنعه من تناول العلاج، كما في حالة الطالب المريض الذي يخشى الرسوب أو التأخر الدراسي، والعامل المريض الذي يخشى إنقطاع مرتبه أو فقدان مصادر رزقه. والمريض مهما كانت رغبته في الشفاء لا يمكنه التخلي عن أسرته أو أصدقائه أو عمله، والمريض الذي يقرر له الطبيب ضرورة الدخول إلى المستشفى يجد نفسه أمام دافعين: حرصه على حياته وخوفه من الموت، ورغبته في العلاج وتحقيق الشفاء.ويعاني الكثير من المرضى من عدم القدرة على الحسم في مثل هذه المواقف فتكون النتيجة تردد الفرد وشعوره بالقلق والحاجة إلى الأمن والإستقرار.

5- دور الأخصائي الإجتماعي في المجال الطبي.

بدأت الخدمة الإجتماعية ممارستها المهنية في المجال الطبي بعد عام 1900، وذلك بدخول الأخصائيين الإجتماعيين المستشفيات والعيادات الطبية لمعرفة الآثار الإجتماعية والإقتصادية الناجمة عن المرض من ناحية، والتصدي إن أمكن للمشكلات التي تواجه المريض عن طريق الخدمات التي تستهدف غشباع حاجاته وتلبية متطلبات حياته اليومية. وقد كان عمل الأخصائيين تالإجتماعيين في بداية الأمر ينصب على جمع البيانات والمعلومات عن المريض وأسرته وظروفه الإجتماعية، وتنفيذ تعليمات الطبيب داخل المؤسسة الصحية أو القيام بالزيارات المنزلية ومتابعة حالة المريض بعد خروجه من المستشفى كجزء من الرعاية اللاحقة. وتأتي أهمية مثل هذه الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الإجتماعي بعد أن أصبح الطبيب في الوقت الحاضر عاجزا عن الإلمام بمعرفة كل ما يتعلق بالمريض من ظروف إجتماعية ومعيشية وبيئية كما كان بالنسبة لطبيب الأسرة في السابق. وكان إهتمام الأخصائيين الإجتماعيين والحالة هذه يستهدف إجراء بعض التعديل أو التغيير في ظروف المريض بالإعتماد على معرفه المستمدة من نظريات الشخصية والسلوك والوراثة والإقتصاد وما إلى ذلك من الحقول العلمية[1].

وتتجسد وظيفة الخدمة الإجتماعية في الوقت الحاضر من خلال عمل الأخصائي الإجتماعي في الفريق الذي يضم كل من الطبيب والممرضة وبقية الفنيين في تمكين المريض ومساعدته ليكون قادرا على إستعادة حيوته. ومع أن الطبيب يمثل السلطة المهنية العليا التي تجعل المريض يستجيب للأوامر الصادرة عنه داخل المستشفى، فإن الأخصائي الإجتماعي هو الشخص الوحيد في الفريق الطبي الذي يعزز ثقة المريض بنفسه لأنه يحترم مشاعره التي تدور حول قلقه من مرضه وحول إلتزاماته تجاه نفسه ومرضه وأسرته ومن ثم يعمل على تبديد

---

[1] حسن، محمود، مقدمة الخدمة الإجتماعية، مصدر سابق، ص487 – 96.

مخاوفه. كما يقوم الأخصائي الإجتماعي بتفسير طبيعة المرض للأسرة ويرشدها إلى الإحتياطات الضرورية والواجب إتباعها لتجنب نكسة المريض وتدهور حالته الصحية.

والخدمة الإجتماعية لا تتصدى لكل مشكلات المريض، وإنما تقتصر على تلك العوامل التي ترتبط إرتباطا مباشرا بطبيعة علة المريض أو ما يطلق عليه بالمكونات الإجتماعية للمرض، بحيث غيرت الخدمة الإجتماعية الطبية إهتمامها من المرض كما كان في السابق إلى دراسة شخصية المريض، أى معرفة مخاوفه وإتجاهاته وموقفه من المرض. ويشارك الأخصائي الإجتماعي بقية أعضاء الفريق العامل داخل المستشفى في رسم خطة العلاج. ويقوم بتفسير تعليمات الطبيب لكل من المريض وأسرته، ويساعد المريض على تفهم مرضه وكيفية تنفيذ العلاج الطبي وتعليمات الطبيب. كما يعمل على نقل خدمات المستشفى وتوسيع مفهومها لتشمل بيت المريض والمجتمع الذي يعيش فيه.

ولما كان المريض لا يطلب من تلقاء نفسه مساعدة الأخصائي الإجتماعي لعجزه عن تفسير العوامل الإجتماعية النفسية ومدى تأثيرها في موقفه، فإن الأخصائي الإجتماعي يقوم بتفسير دوره وأهميته بالنسبة لعلاج المريض. إذ يحاول الأخصائي الإجتماعي في المقابلة الأولى التعرف على مدى قدرة المريض في التعبير عن مشكلاته بنفسه وحاجته لمساعدة الأخصائي الإجتماعي إضافة إلى التعرف على مصدر القلق والمخاوف التي تساور المريض. وهذا يستلزم مساعدة المريض على التخلص من مظاهر القلق الذي يبدد طاقته ويؤخر شفاء÷. ومن الأعمال الساسية في هذا الشأن تبصير المريض بمشكلاته وشرح التوصيات التي رأي الطبيب ضرورة تنفيذها. ومن الضروري أن يكون المريض على علم بالخطة العلاجية المتبعة وخاصة في الحالات التي تتطلب إجراء عمليات جراحية أو بتر. فالمريض عادة لا يوافق على مثل هذه الإجراءات ما لم يشعر بالأمن والثقة

بأهمية العلاج في مثل هذه الحالات. ويقوم الأخصائي الإجتماعي بطبيعة الحال بنقل وجهة نظر المريض وردود فعله من هذه الإجراءات للطبيب المعالج.

ويستخدم الأخصائي الإجتماعي عند مساعدته المباشرة لكل من المريض وأسرته طريقة خدمة الفرد للتغلب على المشكلة. وتعتمد هذه الطريقة على تفهم السلوك الإنساني وتفسير دوافع المريض التي تتحكم في نظرته وتصرفاته ثم إرشاده وتبصيره حتى يمكنه التكيف مع الموقف الذي فرض عليه.ويعمل الأخصائي على تفهم بيئة المريض الداخلية والخارجية فيدرس شخصيته وظروفه وإستجابته والنواحي التي تتطلب مساعدة. وقد تستدعي هذه الحالة تقديم مساعدات مالية للأسرة أثناء إقامة في المستشفى أو تدبير النفقات اللازمة لدور النقاهة.

ولاشك فإن مثل هذه الجهود تؤدي إلى تحقيق التوترات التي تنتاب المريض وترفع من معنوياته وتضع حدا لمظاهر اليأس والشعور بعدم الصلاحية أو العجز عن القيام بمؤولياته الملقاة على عاتقه وتمكنه من إكتساب نظرة واقعية نحو مشكلاته الأمر الذي يدفعه لطلب مساعدة الأخصائي الإجتماعي بقناعة تامة.

وتمتد جهود الأخصائي الإتماعي لتشمل أسرة المريض ومساعدتها للتغلب على عوامل الخوف والقلق الناجم عن مرض أحد أفرادها. بيد أن طول مدة المرض وما يترتب عليها من عجز كلي أو جزئي سوف يضيف أعباء جديدة على كاهل الأسرة وتسبب عدم تكيفها أو تفرض عليها ألوانا جديدة من المعاناة ينجم عنها في نهاية الأمر عجزها عن القيام بدورها السابق تجاه المريض. وهذا يتطلب من الأخصائي الإجتماعي تقدير الصعوبات التي تعترض حياة الأسرة، الأمر الذي يتطلب الحاق الأسرة (الزوجة والأطفال) بمؤسسة إجتماعية تتولى رعايتهم لحين شفاءه، أو مساعدة الأسرة على الإنتقال إلى مسكن جديد تتوفر فيه الشروط الصحية الملائمة لحالة المريض. ويستطيع الأخصائي الإجتماعي أن يتفق مع الأسرة على نوع المعاملة التي تتطلبها حالة المريض أو إحتياجاته النفسية، وقد تستدعي حالة

المريض تغيير نوع العمل أو الظروف التي كان يعيشها قبل المرض. بيد أن تقرير نوع العمل أو النشاط الذي يمكن أن يزاوله المريض بعد خروجه من المستشفى يتوقف علىدراسة شاملة لحالته يشترك فيها الطبيب والأخصائي الإجتماعي والنفسي والمشرف المهني. وهذا العمل أو النشاط لا بد وأن يناسب قدرات المريض ويساعده على الإنصراف عن التفكير في مرضه ويبعث في نفسه الشعور بالقدرة على العمل والإنتاج.

ويحتاج الأخصائي الإجتماعي في المجال الطبي إلى توطيد علاقاته بمختلف المؤسسات التي تسهم في تقديم خدماتها في هذا المجال مثل مؤسسات الضمان والتأمين الإجتماعي ومراكز التدريب والتأهيل المهني والمؤسسات الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة والمنظمات المهنية والشبابية والإتحادات النسائية والطلابية. وتتطلب الدراسة الإجتماعية للمريض عددا من الخطوات نوجزها بما يلي[1]:

1- مقابلة المريض للتعرف عليه والوقوف على ما ينتابه من مخاوف وما يقلقه من مشكلات.
2- دراسة المحيط الأسري للمريض والتعرف على الآثار المترتبة على المرض وأسبابه، ومعرفة النواحي الإقتصادية والتعليمية والصحية والعلاقات الإجتماعية.
3- دراسة العوامل المسببة لمرض والمؤسسات التي تردد عليها المريض وأنواع العلاج الذي تناوله.
4- الدراسة المستقبلية للمريض وحالته الصحية من الناحية الجسمية وإمكانية عودته إلى عمله السابق أو تأهيله لنوع جديد من العمل الذي يناسب حالته الصحية.

---

[1] Bartlett, Harriett. M, " Social Work Practice in the health field , " op - cit p. 179.

الطرق الأساسية للخدمة الإجتماعية الطبية:

إن القيم والمعارف المطبقة في ممارسة الخدمة الإجتماعية من خلال مختلف الطرق المستخدمة للتأثير على المشكلات الإجتماعية، تدخل في إطار الكفاءة المهنية للأخصائي الإجتماعي. فعمل الأخصائي الإجتماعي في أي مجال من المجالات يعتمد أساسا على تقييمه للوضع أو الحالة. ولا شك فإن الهدف من هذا التقييم أو التحديد هو التعرف على المشكلة وبالتالي الوصول إلى قرار معين خاصة إذا كانت المشكلة تقع في نطاق الخدمة الإجتماعية، ولكن ما الذي ينبغي عمله إذا كانت كذلك؟ وبلا شك فإن الإجابة على ذلك تدخل في إطار البحث عن طرق ومناهج الخدمة الإجتماعية. وهذا يعني إهتمام الأخصائي الإجتماعي بتقييم المشكلات الإجتماعية الطبية مع الإهتمام بالمريض وحالته الصحية.

إن تحديد المشكلة الإجتماعية الطبية تعتبر في العمليات الفكرية والإجتماعية المعقدة وذلك بسبب تعدد القضايا والأشخاص المشتركين في العملية. ويتبع الأخصائيون الإجتماعيون في هذا السياق طريقة منظمة ومنسقة في التفكير لتحديد هذه المشكلات وتقييمها، وهذا يعني التعرف على العناصر المهمة والثابتة في تقييمهم للحالات الإجتماعية الطبية التي تظهر في مجال الممارسة. ومن خلال مراجعتنا للعديد من الأدبيات الخاصة بممارسة الخدمة الإجتماعية نستطيع معرفة العناصر الأساسية من خلال ما هو موضح في الجدول الآتي[1]:

---

(1) Ibid. pp 182 - 83.

جدول رقــــ(1)ــم

يبين العناصر الثابتة في تحديد الأوضاع الإجتماعية الطبية

البيئة	المريض	الوضع الصحي
- وظيفة الأسرة ومدى تأثيرها أو تأثرهـــا بالوضـــع الصـــحي للمريض وقدرته على العمل. - العلاقات الإجتماعية الأخرى. - الجوانـــب الإقتصـــادية ـــ الإجتماعية ـــ الثقافية (تتضمن الموارد المتاحة).	- الدوافع عند المريض، نوع التكيف والقدرة على التكيف. - الأدوار الإجتماعية للمريض والوظائف التي يقوم بها.	- المشـــــكلة الطبيـــــة ومضامينها (البيئيـــة ـــ الإجتماعية ـــ النفسية) - المستشـــــفى ومواقـــــف العـــــاملين فيـــــه مـــــن المريض.

شعور المريض وموقفه من هذه العناصر

العلاقة بين الأخصائي والمريض:

ومن الجوانب المهمة التي تدخل في إهتمامات الخدمة الإجتماعية من الناحية الإجتماعية والنفسية إهتمام الأخصائي الإجتماعي بمعرفة جميع الحقـــائق المتعلقـــة بالحالة وما يعنيه ذلك بالنسبة للمريض. فمعرفة جوانب الشخصية يعتبر من الأمور التشخيصية المهمة ولكن ذلك لا يمثل الأجزءا في عملية التقييم ويريد الأخصـــائي الإجتماعي الطبي من خلاله تقييمه للحالة، معرفة تقييم وموقـــف المـــريض مـــن المشكلة. وقد لا يتفق الأخصائي الإجتماعي والمريض فـــي تحديـــدهم أو تقيـــيمهم للمشكلة.

ومن أجل معرفة الخصائص المميزة للخدمة الإجتماعية في تحديدها للظروف والأوضاع كما تبينها أدبيات الخدمة الإجتماعية. هناك عدد من المظاهر التي ينبغي أن تؤخذ في الإعتبار وكما ياتي:

- العناصر الثابتة في تحديد وتقيم الظروف والأوضاع الإجتماعيـــة الطبيـــة والتي توجه عمل الأخصائي الإجتماعي.

- العملية التي يتم من خلالها تقييم العناصر الثابتة وذلك للوصول إلى حكم نهائي لما ينبغي للأخصائي الإجتماعي عمله.
- مراجعة عملية التقييم والأحكام النهائية عند عرضها في المؤتمرات الطبية التي تجمع العديد من المهن.
- الخصائص المميزة للعمل المهني المشترك حول الأوضاع الإجتماعية الطبية الذي يضم (الأطباء، الممرضات، الأخصائيين الإجتماعيين...إلخ)[1].

وهكذا يتضح من خلال تقييم الظروف الإجتماعية الطبية بأن الإهتمام في كثير من الحالات ينصب على تحديد الظروف الخاصة بالمريض كفرد، مع التأكيد على أهمية دراسة المشكلات الإجتماعية الطبية للجماعات والأسر ومشكلة صحة المجتمع. وبهذا يمكن التعرف على الطرق الأساسية للخدمة الإجتماعية والمتمثلة بخدمة الفرد، خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع. ولا شك فإن التطور الذي شهدته طريقة خدمة الفرد في مجال الممارسة والنظرية قد فاق وبشكل كبير التطور الحاصل لبقية الطرق، وإلى وقت قريب كانت طريقة خدمة الفرد من أكثر الطرق إنتشارا في المجال الصحي. كما أن الخلفية النظرية والعملية للأخصائيين الإجتماعيين في هذا الإطار قد فاقت ما هو متحقق في بقية الأطر.

وقد بدأت طريقة خدمة الجماعة في الآونة الأخيرة بالتحرك للدخول إلى المجال الصحي وتظهر بعض الدراسات مدى النجاح الذي حققته في بيئة المستشفى. وأصبحت طريقة تنظيم المجتمع في الوقت الحاضر من الطرق ذات العلاقة بالخدمة الإجتماعية الطبية. وهكذا دخلت جميع هذه الطرق المجال الصحي والمؤسسات الطبية. فالنسبة للطريقة الأولى، طريقة خدمة الفرد فإنها تعني طريقة دراسة وتشخيص وعلاج المشكلات التي تواجه كلا من الفرد والأسرة. وتعتمد هذه

---

[1] Ibid - p. 187.

الطريقة على حقيقة فهم السلوك الإنساني الذي يتعلمه الأخصائي الإجتماعي عنــد دراسته للخدمة الإجتماعية والذي توضحه الأدبيات المهنية. وهذا المفهوم المستخدم في هذه الدراسة لا يعني فقط العمل المباشر مع المريض وإنما علاقات العمل مــع الأسرة والأشخاص الآخرين في المؤسسة والمجتمع. وخاصة عندما تكــون هــذه العلاقات جزءا من عملية تقديم الخدمات الصحية للمرض.

وهذه الطريقة تعتبر كما أسلفنا من أكثر الطرق تطورا وإنتشارا لــيس فـــي المجال الطبي فحسب وإنما في جميع المجالات، فهي طريقة إكلينيكية مماثلة لتلــك الطريقة المستخدمة في مجال الطب. وقد قدمت هذه الطريقة للخدمـــة الإجتماعيـــة الكثير مقارنة ببقية الطرق. وذلك من خلال التطور النظــري وإختيــار وتكييــف المعارف الخاصة بالطب النفسي، وأصبحت الطريقة الوحيدة الســائدة فـــي مجــال الخدمة الإجتماعية في مرحلة الأربعينات.

يهتم التشخيص الإجتماعي النفسي في طريقة خدمة الفرد بدراسة الشــخص، وكعملية إجتماعية تنطوي على مضامين صحية ونفسية ذات أهمية كبيــرة. ولهــذا ينبغي تحديد الكثير من العناصر والمكونات المرتبطة بحالة الشخص نفســه مثــل الأدوار الإجتماعية التي يقوم بها، وبيئته الإجتماعية المباشرة والأوســع، المشــكلة الطبية والغرض الساسي في دراسة هذه العناصر تحديد الأهداف العلاجية ولا توجد أي تقاليد أي تقاليد في المجال الصحي أو أعراف مهنية أخــرى يمكــن أن تحــدد الأخصائي أة توجه عمله مع الرميض أو الأسرة أو بقية الأفراد. فالأ خصائي حــر في عمله ويختار أيا من هذه الأطراف أو جميعها وذلط طبقا لبعض المؤشرات عن كل حالة.

وتشير الكثير من التحليلات والمقابلات غير الرسمية لعدد من الحالات بــأن الأخصائيين الإجتماعيين في المجال الطبي غالبا ما تكون إتصالاتهم بفرد أو أكثــر من أفراد الأسرة، فالمرأة مثلا تحتاج للمساعدة الملحة في حالة قيامها بمســؤوليات

إضافية نتيجة للتغيرات التي تطرأ على دور الزوج بسبب المرض. كما أن مواقف بعض الأقارب غالبا ما تحول دون تأهيل المعاق بإسم الإلتزامات القرابية. وهنا ينبغي التميز بين إهتمام خدمة الفرد بالعلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة الواحدة، والإهتمام المباشر بالأسرة كوحدة إجتماعية وظيفية: ويتبين من خلال إستعراضنا لتقييم أو تحديد الظروف الإجتماعية الطبية بأن الأخصائي الإجتماعي يجب أن يحدد بالضبط حالة التوافق الأسري، وبمعنى آخر القدرة على التصدي للحالات النفسية التي يسببها مرض أحد أفراد الأسرة، ومن ثم قدرتها على القيام بوظائفها الأساسية. وهذا التقسيم العام للموقف، يوجه عمل الأخصائي الإجتماعي فيما يتخذه من قرارات تتعلق بخطة العلاج سواء لبعض أفراد الأسرة أو للأسرة ككل[1].

وهناك نوعان من المظاهر الخاصة بالمجال الصحي والتي يمكن التي تؤثر على ممارسة خدمة الفرد وهي:

1- مشاركة المريض علاقاته مع بقية الأفراد في مهن أخرى.

2- التفاعل القائم بين عملية خدمة الفرد والمرض والرعاية الطبية.

ففي بعض الحالات يتحمل شخص أو أكثر مسؤولية رعاية المريض ولفترة زمنية طويلة، وفي مثل تلك الظروف تصبح علاقة كل فرد بالمريض، وعلاقات بقية أعضاء الفريق الطبي ببعضهم في الأمور المهمة في خطة العلاج.فهناك إذا علاقة ذات أطراف ثلاثة يمثلها: الطبيب، والمريض، والأخصائي الإجتماعي، إضافة إلى الممرضة.ومن الأمور المهمة للفريق، التفاهم والتواصل المستمر بين الأعضاء، وهنا هدف الأخصائي الإجتماعي تعزيز علاقة المريض بالطبيب وبقية أعضاء الفريق وهذه العلاقة بالنسبة للأخصائي الإجتماعي تعتبر من الأدوات المهمة في العلاج.ولا شك في أن الطبيب والممرضة أصبحا في الآونة الأخيرة يدركان أهمية مثل هذه العلاقات في رعاية المريض، حتى صار من المألوف أن

---

[1] Ibid - p - 190.

يوصي الطبيب الأخصائي الإجتماعي بمدى حاجة المريض للمساعدة والدعم النفسي والعاطفي، التي يمكن أن يحددها الأخصائي الإجتماعي نفسه.ويتميز الأخصائي الإجتماعي في الوقت الحاضلا بالمرونة في تعديل وتكييف دور الخدمة الإجتماعية لما يمكن أن يقدمه الآخرون مثل الطبيب أو الممرضة من مساعدة.

وتتصف علاقة الأخصائي الإجتماعي بالمريض بالديمومة والثبات خاصة عندما يتغير الكادر المهني أو أن يتحول المريض من قسم لآخر، ومن برنامج رعائي لآخر، فالأخصائي الإجتماعي يعتبر الشخص الوحيد الذي تستمر علاقته بالمريض. وهذه العلاقة تصبح من الأمور المهمة بالنسبة للمريض الذي يتوقع مساعدة الأخصائي الإجتماعي في كل وقت وفي علاج جميع المشكلات التي تواجهه[1].

الظروف الحياتية العامة وعلاقتها بالمريض:

هناك العديد من الحالات المرضية التي تبين أهمية العلاقة بين المرض والظروف الإجتماعية والنفسية المحيطة بالفرد.

وسوف نتناول بالعرض والتحليل لبعض من هذه الحالات وذلك لمعرفة طريقة خدمة الفرد وبإستخدامها في المجال الطبي، بحيث نستطيع ومن خلال هذه الحالات تحديد كيفية إستخدام الأخصائي الإجتماعي للمعرفة، وللتقييم والمهارات في مواجهة المشكلات والتصدي لها وخاصة الناجمة عن المرض والظروف الحياتية العامة ومن هذه الحالات ما يأتي:

"شاب في الثامنة عشرة من عمره، خجول ويعاني من بعض المشكلات المتعلقة بالجهاز الهضمي. تبين ومن خلال الفحوصات والتحاليل الطبية عدم وجود أي سبب عضوي، فالأعراض التي يعاني منها الشاب تعزى إلى حالة التوتر والقلق الناجم عن سوء ظروفه الأسرية. فالشاب هو الوحيد لأبوين منفصلين عن بعضهما،

---

[1] Ibid - p- 192.

وإن عدم قدرة الأب على تلبية متطلبات الأسرة وتوفير الرعاية اللازمة لها، وتركه للأسرة في مرحلة لاحقة، إضطر الشاب لترك المدرسة والذهاب للعمل في إحـدى الدوائر. حب الأم للشاب، وتمسكها به ومعاملتها له وكأنه طفل صغير، جعل الشاب يفكر بترك الأسرة، بيد أنه كان في حالة صراع بين رغبته في التحرر من سيطرة الأم وشعوره بالذنب في حالة مغادرته البيت. وفي هذه الأثنـاء وقبـل أن يباشـر الأخصائي الإجتماعي بوضع خطة العمل الخاصة بالعلاج، أدخلت والدته المستشفى لإصابتها بنزيف حاد في الدماغ. طلب الشاب حال سماعه الخبر مـن الأخصـائي الإجتماعي، الذي رافقه إلى المستشفى لزيارة والدته: وكانت لهذه الزيارة إنعكاسات خطيرة جدا على الشاب أدت إلى تدهور حالته الصحية، وبعد ذلـك ومـن خـلال زيارته للطبيب تبين وجود بعض الأعراض المرضية الناجمة عن وجود خلل فـي الجهاز الهضمي والتي يمكن أن تؤدي في مرحلة لاحقة إلى إصابته بأمراض أخرى لا يمكن التكهن بنتائجها. مما إضطر الطبيب إلى إحالته إلى عيادة طبيـب نفسـي الذي تأكد من خلال عمله مع المريض أن الشاب يعاني من مشـكلات إجتماعيـة ونفسية ناتجة عن تفاقم حالته الأسرية وظروفه الإجتماعية. الامر الـذي أدى إلـى ظهور إضطراب في الجهاز الهضمي.وبعد مرور سنة كاملة من العمل الدؤوب لكل من الطبيب والأخصائي الإجتماعي والطبيب النفسي تم التوصل إلى وضـع خطـة علاجية بالإعتماد على مهارات وكفاءة كل منهما.وتمكن المريض بعدها، أي فـي نهاية فترة العلاج من التخلص من حالة القلق والشعور بالذنب ومن تم العيش بشكل مستقل، وبالتالي تحسنت حالته الصحية وكان الأخصائي الإجتماعي خـلال هـذه الفترة قد أكمل خطة التأهيل المهني للمريض، وإسـتطاع المـريض بعـدها مـن الحصول على عمل والإعتماد على نفسه في تلبية متطلبات حياته اليومية[1].

وفي مثل هذه الحالة تتطلب خدمة الفرد معرفة كاملة ليس فقـط بمكونـات شخصية المريض أو أدواره الإجتماعية وإنما معرفة طبيعـة المشـكلة الصـحية

---

[1] Ibid - p. 196.

بإعتبارها نوعا من أنواع الأمراض السايكوماتية. ولاشك فإن الطبيب والأخصائي الإجتماي كانا على وعي تام بالحالة الصحية للمريض والتي منشأها إجتماعي نفسي، وقد تطلب ذلك منهم العمل على منع تدهور الحالة الصحية للمريض التي يمكن أن تتفاقم بما ينجم عنها الإصابة بمرض مزمن نتيجة لتعضد ظروف المريض الإجتماعية والنفسية.

فدور الأخصائي الإجتماعي بإعتباره أحد أعضاء الفريق الطبي أكثر وضوحا وذلك لإتصاله الدائم بالمريض، وما يقدمه من دعم معنوي له نتيجة لوفاة والدته وكذلك تعزيز علاقة الطبيب بالمريض وعلاقة الأخير بالطبيب النفسي خلال فترة العلاج.

وفي بعض الأحيان تكون علاقة المريض وخاصة المزمن بالظروف الحياتية العامة أقوى وأعقد مما قد ينجم عنها عدم نجاح خطة العلاج. وتوضح الحالة الثانية تفاقم المرض المزمن الذي تكون إحدى مكوناته الحالة الإجتماعية النفسية للمريض:

"إمرأة في منتصف الثلاثينات، عصبية المزاج أم لطفلين في المدرسة. تعاني ومنذ مايقارب من عشر سنوات من مرض القرحة، أجريت لها عدة عمليات جراحية ومع ذلك ما زالت الأعراض قائمة. ودراسة حالتها الإجتماعية تبين حالة الحرمان وعدم الشعور بالإستقرار والأمن نتيجة لوفاة والديها. تشعر بنوع من الإجهاد بسبب الدور المزدوج الذي تؤديه كربة بيت من ناحية وعاملة في مصنع من ناحية أخرى ومما زاد الموقف تعقيدا حالة الخلاف مع زوجها بسبب المرض، ورفضه تقديم الدعم المعنوي الذي تحتاجه. إستطاع الفريق الطبي الذي يتعامل معها لما يقارب من سنة تقديم المساعدة المطلوبة داخل المؤسسة الصحية. وكان الطبيب ومنذ الوهلة الأولى مدركا لأهمية الظروف الإجتماعية النفسية في عملية العلاج. ومن خلال العلاقة التي تربطها بالأخصائي الإجتماعي، تمكنت المريضة بمساعدته من مواجهة وضعها الصحي بطريقة أكثر مباشرة أدى بها إلى تفهم طبيعة الموقف وبالتالي الإعتماد على نفسها وأن لا تتوقع أى مساعدة من زوجها. وبعدما يقرب

من ستة أشهر من حصولها على العلاج تحسنت حالتها الصحية رغم أن المشكلة الإجتماعية لم تعالج إلا جزئيا وقد أخبرت الأخصائي الإجتماعي بأنها تتمكن من الإعتماد على نفسها في مواجهة ظروف الحياة."

ويتطلب هذا النوع من الحالات معرفة حالة الكآبة والنكوص والإعتماد على الغير وقد نجح الأخصائي الإجتماعي فعلا في دوره من مساعدة المريضة بالإعتماد على طاقتها الكامنة لمواجهة المرض فأهمية العلاقة بين المريض والأخصائي الإجتماعي تظهر جلية في العلاج، ولكن على أن لا تسمح بتدخل الإعتبارات الشخصية والعاطفية وهنا لا بد أن يكون للأخصائي الإجتماعي المعرفة النظرية الكافية عن الأمراض السايكوماتية وأن يكون حذرا من تقديم أي إفتراضات عن شخصية المريض ونمط سلوكه أي يجب دراسة كل حالة بناءا على النتائج التي تسفرعنها عملية التقييم العام للموقف وبدون أي تصورات نظرية. وقد يجد الطبيب والأخصائي الإجتماعي أن من المفيد معرفة تاريخ حياة الفرد كوسيلة لتوضيح نمط حياته والأحداث المهمة في عملية تطور المرض ـ فعندما يحدث أن يتزامن ظهور المرض مع حالة القلق والتوتر فهذا يساعد على معرفة طبيعة مشكلة المريض بطريقة أفضل.

ومن المشكلات الأخرى التي تواجه الأخصائي الإجتماعي الطبي رفض المريض للرعاية الطبية، أو أنه يتوقف عن إكمال خطة العلاج وذلك بسبب الصعوبات الإجتماعية النفسية التي تسببها له، وهذه المشكلات يمكن أن تحدث في أي مرحلة من مراحل تنفيذ خطة العلاج وتنطوي مثل هذه الخطوة والإقدام عليها على نوع من الصعوبات لبعض الناس، أو على نوع من الغرابة بالنسبة للبعض الآخر وقد تكون المشكلة في بعض الأحيان قائمة في البيئة، وفي أحيان أخرى في الشخص نفسه، وغالبا ما تظهر كنوع من أنواع التفاعل لجميع هذه العوامل كما في الحالة الآتية:

" فتاة صغيرة ذكية وغير متزوجة. تعيش مع والدتها بسبب وفاة والدها أجريت لها بعض الفحوصات في إحدى المستشفيات وتبين من خلال نتائج التحليل

بأنها مصابة بمرض الدرن، ترفض وبشدة المستشفى وأبدت سلوكا عدوانيا من القسم الصحي. الفريق الخاص بالصحة العامة طلب من الأخصائي الإجتماعي أن يبادر في معرفة ما إذا كانت المريضة مستعدة للتعاون مع الفريق الطبي وبدون اللجوء إلى الإجراءات الإدارية السلطوية وبالفعل ذهب الأخصائي إلى بيت المريضة وإستطاع أن يقيم معها علاقة جيدة وبالتالي التعرف على مواقفها وإتجاهاتها ومشاعرها من والدها ووالدتها وأختها الصغيرة المتزوجة، ومن ثم مدى التغير الذي طرأ عليها بسبب المرض. وقد إستطاع الأخصائي الإجتماعي وبمساعدة أختها المتزوجة أن يقدم لها الدعم المطلوب عبر ممارسة طريقة خدمة الفرد، وذلك تغيير إتجاهاتها ومواقفها ورفضها للرعاية الطبية. وبعد ما يقارب من ستة أسابيع إستطاعت الذهاب إلى المستشفى لوحدها وبإرادتها"[1].

وتوضح هذه الحالة طريقة خدمة الفرد في تعاملها مع الفرد وقت الأزمة وكان الأخصائي الإجتماعي ينطلق في تعامله مع المريضة من معارفه النظرية وبالإعتماد على برامج المؤسسة ومعرفته لطبيعة المرض نفسه:أي العمل بكفاءة وقدرة عالية كممثل للفريق الخاص بالصحة العامة والذي طلب فيه المساعدة في التصدي للمشكلة وقد كان الأخصائي الإجتماعي قد تبع النمط المميز للخدمة الإجتماعية الطبية في مجال الصحة العامة.

الخدمة الإجتماعية مع الجماعات:

إن خدمة الجماعة بإعتبارها أحدالطرق المميزة للخدمة الإجتماعية لم تمارس في المجال الطبي إلا حديثا. فقد كانت جهود الأخصائيين في خدمة الجماعة في السابق تركز على أهمية العمل مع بعض الجماعات التقليدية كما في مؤسسات خدمة الشباب، والتجمعات البشرية الحديثة، وتشير الأدبيات الخاصة بممارسة الخدمة الإجتماعية الطبية بأن الأخصائيين الإجتماعيين في هذا المجال قد عملوا

---

(1) Ibid. p. 210.

ومنذ فترة طويلة مع المرضى وأسرهم داخل الجماعات الإنسانية.وقد إستخدم الأخصائيون الإجتماعيون في ممارسة هذه الطريقة القنوات غير الرسمية في التعامل مع الحالات وبمشاركة أخصائيين خدمة الفرد كما في حالات العمل مع الأطباء أو أطباءعلم النفس وبقية الإختصاصات وقد بدأ الأخصائيون الإجتماعيون في مجال خدمة الجماعة في البحث عن الطرق المؤدية للعمل في المستشفيات. وفعلا تم في الآونة الأخيرة الإعتراف بإمكانية تطبيق طريقة خدمة الجماعة في المؤسسات الصحية، وبالتالي أصبح إستخدامها داخل المستشفيات يتزايد. ومن أكثر الجماعات ملائمة لهذه الطريقة داخل المستشفيات: المصابين بالأمراض المزمنة، المعاقين، المعاقين بدنيا من الرجال، والإعداد المهني للنساء.ويتناقش أفراد كل جماعة من هذه الجماعات الأمور المتعلقة بظروفهم الحياتية والصحية ومواقفهم من المرض والإعاقة ومن المستشفى والعاملين فيه والمفاهيمالخاصة بالرعاية الطبية والتأهيل ومواقف وسلوك الآخرين منهم وتستخدم هذه الجماعات بعض الأحيان الألعاب النشاطات الرياضية، الموسيقية، وفي بعض الأحيان تكرس الجلسات بكاملها للعلاج عن طريق المناقشة. وتبين الدراسات إمكانية أخصائي خدمة الجماعة من العمل بكفاءة عالية مع الأطفال المعاقين بدنيا خلال المعسكرات الصيفية التي تقام لهم. وتساعد طريقة خدمة الجماعة المرضى وأسرهم وبطريقة مختلفة عن خدمة الفرد فأفراد الجماعة الواحدة يساعد بعضهم البعض على مواجهة مشكلات الحياة من خلال الدعم المتبادل وبعض الأفراد يمكنهم المشاركة في الجماعة والإستفادة منها عندما لا يكون بمقدورهم الإستفادة عن طريقة خدمة الفرد. وهذه الطريقة مرتبطة إلى حد ما ببعض المراحل الحياتية التطورية، مثل المراهقة، الخروج عن الأسرة والإمتثال لقيم وسلوك الجماعة التي ينتمي إليها الفرد. ويعتبر عام 1960 بداية العمل المشترك بين أخصائي خدمة الجماعة وبقية الأخصائيين الإجتماعيين في المجال الطبي لمناقشة الإهتمامات المشتركة والمشكلات التي تواجههم. وقد أوضحت المناقشات الأولى المبادىء الخاصة بالمهنة والمتمثلة بإتباع

جميع الأخصائيين الإجتماعيين في البرامج الصحية لنفس الأهداف العامة ولكن بإستخدام طرق مختلفة، ويهتم أخصائيو خدمة الجماعة بالجوانب الإجتماعية النفسية للمرض والرعاية الطبية والعمل على تكامل نشاطاتهم مع البرنامج الصحي وكما تفعل طريقة خدمة الفرد.

ونتيجة لعمل أخصائي خدمة الجماعة الدائم في المستشفيات والمعسكرات فإن نشاطهم أكثرإرتباطا بالرعاية الطبية والتأهيل من الصحة العامة. وتقدم خدمة الجماعة الخدمات المباشرة للمرضى عن طريق إستخدام الجماعات التي تتشكل داخل المستشفى وبصورة طبيعية أو في الأماكن الأخرى التي يتواجد فيها مجتمعين، كما في غرف الإنعاش، وتقدم المؤسسات الصحية المخصصة إستقبال المرضى لفترة أطول خدمات وفرصا متميزة بالمقارنة مع الأقسام التي يقيم فيها المرضى فترة أقصر، وذلك بسبب ديمومة وثبات مثل هذه الجماعات من المرضى: وتؤكد النظرية الخاصة بخدمة الجماعة إن معرفة المستشفى كنسق إجتماعي، يكون لها أهمية خاصة، وذلك من خلال توقعات العاملين والمواقف التي يحملونها عن المرضى وسلوكهم مسبقا، وكذلك المرضى ومواقفهم من العاملين في المستشفى. ويمكن مقارنة مواقف المرضى هذه بثقافة النزلاء في المؤسسات الإصلاحية. ولا شك فإن الإستخدام المركب لطريقة خدمة الفرد والجماعة تعتبر من الأمور الموفقة والتي يمكن إستخدامها في العديد من الحالات.

وتساعد طريقة خدمة الجماعة المرضى الجدد الذين يريدون التكيف مع البيئة الجديدة للمستشفى وخاصة كبار السن الذين ليس بمقدورهم مساعدة بعضهم البعض.ونصف بعض السجلات الخاصة بخدمة الجماعة، سلوك أحدى المريضات وشعورها بالضيق والضجر نتيجة لوجودها في المستشفى بحيث تبدو وكأنها تريد العودة إلى فراشها للهروب بعيدا عن الجماعة. وعندما سألها أحد الأخصائيين الإجتماعيين العاملين في المستشفى عن سبب قلقها، أجابت بأن المرأة التي ترقد إلى جانبها صديقة عزيزة عليها ساعدتها كثيرا وتشعر من خلالها بالإرتياح في

المستشفى، بيد أن بقية أفراد الجماعة (من المرضى) لم يتركوا المريضة وحالها وإستمروا بتعليقاتهم كما في " يجب أن نعين بعضنا البعض في مثل هذا المكان البائس "، " نريد أن نخطط ونبرمج لبعض الأمور المهمة"، "ماذا عن وجبة العشاء؟"، كيف يمكننا أن نجتمع؟" إلخ...

وهكذا بدأت الجماعة وبمساعدة الأخصائي من العمل المشترك والهادف لجميع أفرادها من أجل التغلب على المشكلات التي تواجههم داخل المستشفى. وغالبا ما يكون التفاعل بين عمل أخصائي خدمة الفرد والجماعة داخل المستشفى من الأمور المهمة جدا في تبادل المعارف والخبرات والإمكانيات[1].

تخطيط البرامج كنشاط للخدمة الإجتماعية الطبية:

تعتبر طريقة تنظيم المجتمع من الطرق المعترف بها في الخدمة الإجتماعية ولكون النظرية الخاصة بتنظيم المجتمع ما زالت في مرحلتها التطورية الأولى، نستطيع أن نتأكد بأن الخدمة الإجتماعية الطبية لم تحقق أى إستخدام فعال لمثل هذه الطريقة.. والخطوة الأولى في تحديد هذا المجال من الممارسة هو التعرف على النشاطات الحقيقية للخدمة الإجتماعية الطبية ومدى علاقتها بالتطور الحاصل في مجال النظرية الخاصة بتنظيم المجتمع. ولا شك فإن الطريقة الأخرى المرتبطة بالإدارة ينطبق عليها نفس المفهوم بسبب علاقتها بتنظيم المجتمع.

إن ما يسمى بالخدمة الإجتماعية الطبية ((تخطيط البرامج)) يعتبر من النشاطات المهمة للخدمة الإجتماعية ومنذ الأيام الأولى.. إلا أن الإعتراف بهذا النشاط كوظيفة أساسية قد تأخر فعلا حتى نهاية الثلاثينات الفترة التي شهدت زيادة عدد الأخصائيين الإجتماعيين الطبيين ومشاركتهم في برامج الصحة العامة، ومهما يكن فإن النشاط في مهاراته وطرقه لم يتشكل بالطريقة التي تجعله مميزا وواضحا

---

[1] Ibid. pp: 211-12.

في الأدبيات الخاصة بالخدمة الإجتماعية. وهناك بعض الحقائق المميزة لتخطيط البرامج في الخدمة الإجتماعية الطبية قد تم التعرف عليها حديثا وكما يلي:

1- إن مشاركة الأخصائيين الإجتماعيين الطبيين في تطوير السياسة والبرامج داخل المؤسسة يعتبر من الجوانب المهمة في هذا المجال. وهذا النشاط هو الأكثر وضوحا في مؤسسات المصلحة العامة في المستشفيات.

2- إن المشاركة في تخطيط المجتمع وتطويره وتنسيق الخدمات هو جانب آخر مهم. ويمكن تنفيذ هذا النشاط من قبل المؤسسة التي يعمل بها الأخصائي الإجتماعي أو تحت رعاية المجالس والبلديات أو التنظيمات والأجهزة المهنية أو المشاريع البحثية أو بقية الجماعات والتنظيمات.

3- تركيز الإهتمام على الجوانب الإجتماعية البيئية للصحة كما هو الحال لجميع طرق الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي، ويتطلب ذلك العمل وبالتساوي مع العاملين في مجال الرعاية الإجتماعية والصحية وسواء أكان العمل جماعيا أم على إنفراد...

4- يحدث هذا النشاط على جميع المستويات الوطنية، المحلية والأقليمية وبدأ في الآونة الأخيرة يكتسب أهمية على المستوى الدولي.

وفي مثل هذا النوع من التخطيط، تدخل المستشفيات في نطاق المجتمعات بدون أي فواصل أو حدود، وفضلا عن ذلك فإن جميع أنواع التخطيط للبرامج تهتم بالسياسة، والمعايير وطرق القياس والخدمات وإستخدام الطرق المهنية للإدارة وتنظيم المجتمع... وفي هذه الحالة لا يكون الفرق أو التباين في المضمون أو الطريقة المستخدمة، وإنما بالهيكل التنظيمي الذي يمارس فيه الأخصائي الإجتماعي عمله، وهل هو المؤسسة الصحية أو بقية التنظيمات السائدة في المجتمع؟

وبسبب أهمية مثل هذه الهياكل التنظيمية في التأثير على الأدوار المهنية إستطاعت الخدمة الإجتماعية أن تتقبل مفهوم " التمثيل " في تنظيم المجتمع – أي

يجب توضيح أي جانب من جوانب تخطيط البرنامج يعتبر جزءا من عمل المؤسسة كما في حالة العمل على وضع السياسات الداخلية، وتمثيل المؤسسة فـي تخطـيط المجتمع، وأيضا توضيح نوعية المسؤوليات التي تـدخل فـي تخطـيط المجتمـع بإعتبارها ممثلة لجماعة مهنية معينة.

وفيما يتعلق بالبرامج والخدمات المجتمعية، يتضح بأن الأطباء والممرضـات وبقية العاملين في الفريق الطبي، كل هذه الأطراف، تدرك جيدا أهميـة العوامـل الإجتماعية، بيد أنها لا تدخل في الإعتبار عند تقييم الموقف العام وبطريقة إجرائية على غرار ما يفعل الأخصائيون الإجتماعيون في المجال الطبي[1].

وبالنسبة لمفهوم تنظيم المجتمع، يعـرف بأنـه طريقـة ممارسـة الخدمـة الإجتماعية بما يساعد على تحديد وتنفيذ البرنامج في أهدافه التي تلبي الإحتياجـات المتغيرة للرعاية الإجتماعية، عن طريق تسهيل عملية التفاعل بين أجزائها المختلفة (التنظيمات، المؤسسات، العيادة، التقسيمات الجغرافية الفرعية) وبطريقة تمكن مـن تحقيق الإستخدام الأمثل للموارد الداخلية والخارجية المتاحة وتعزيز قدرتها علـى إيجاد الحلول اللازمة للمشكلات الجديدة والأكثر صعوبة... وتستهدف هذه الطريقة مساعدة الأفراد والجماعات وزيادة قدرتهم علة العمل المـاعي لإحـداث التغيـر المنشود والتكامل الأفضل للخدمات الإجتماعية في المجتمع. ويمكن تحقيق ذلك من خلال تحديد الحاجات وصياغة الخطط لتلبية هذه الإحتياجات، وتنفيذ الخطة، وتقييم العمل من ناحية مدى كفاءته ونتائجه وترتكز هذه تالطريقة علـى فلسـفة الخدمـة الإجتماعية، مبادئها وأخلاقياتها ومعرفة طبيعة البناء الإجتماعي، ومكونات بـرامج الرعاية المجتمعية والعلاقات الإنسانية وفن الممارسة المهنية[2].

---

[1] Ibid. pp. 211- 12.

[2] Lurie , Harry.L, " The Community Organization Method in Social Work Education ", (N. Y: Council on Social Work Education , 1959) , pp. 249 - 250.

وهناك إتجاهان لتحقيق الفهم الأفضل لتخطيط بـرامج الخدمـة الإجتماعيـة الطبية يتناول الأول معرفة القنوات الإدارية التي تحدث فيها عملية التخطيط، أمـا الثاني فيقدم وصفا دقيقا لعملية نفسها مع التأكيد على مجالها وطبيعة إسـتمراريتها. ففي ما يتعلق بالإتجاه الأول يوجد العديد من النوات الإدارية التي تستخدم في الوقت الحاضر لتخطيط البرامج في المجال الصحي. ففي بعض المستشفيات يكون مـدير قسم الخدمة الإجتماعية عضوا في الجماعة الخاصة بوضع السايسة العامة كممثـل في اللجنة الإدارية التي تتكون من رؤساء الأقسام ويترأسها بطبيعة الحـال مـدير المستشفى ويشارك الأخصائي الإجتماعي في مؤسسات الصحة العامة في اللقاءات المنتظمة للكوادر المهنية وتتم مناقشة السياسات والبرامج. ويشارك الأخصائيون في المجالس والبلديات كأعضاء في اللجنة التي تركز على جانب أو أكثر من بـرامج الصحة والرعاية. وهذا يعني مشاركة الأخصائي الإجتماعي في جميـع القنـوات والنشاطات الخاصة بوضع البرامج والمشاريع وتنفيذها أو تحديد الحاجات والعمـل على ما يشيع هذه الحاجات عن طريق القنوات الأكثر مباشرة والأكثر ملائمة وتتبع هذه النشاطات من الجهود على المستوى المحلي التي تركز أساسا علـى دراسـة مشكلة معينة كما في إنشاء قسم جديد للخدمـة الإجتماعيـة داخـل المستشـفى أو المشاركة في اللجان على المستوى الوطني ونتيجة لإهتمام الأخصائيين الإجتماعيين في المجال الطبي بالرعاية الصحية، فإنهم غالبا ما يكونون في حالة تمكـنهم مـن إتخاذ خطوات معينة لتحسين حالة التواصل والتفاهم بين العاملين في مجال الرعاية الإجتماعية والمجال الصحي وتنسيق التعون بين هذه القنوات فيما تقدمه من خدمات وفيما يتعلق بالإتجاه الثاني العملية التي يقـوم بهـا الأخصـائي الإجتمـاعي فـي النشاطات الخاصة بتخطيط البرنامج يشارك الخصائي الإجتماعي في أحد الجماعات المهنية أو الإدارية التي تجتمع بإنتظام ويتضـمن النشـاط المسـاهمات المقدمـة بخصوص الجوانب الإجتماعية والنفسية للمشكلة قيد الدراسةكما ويشارك الأخصائي الإجتماعي في إتخاذ القرار مع الجماعة، والأخذ بعين الإعتبار العوامل الإجتماعية

النفسية والقيم الإجتماعية الأخرى ذات العلاقة... وإذا ما أريد التعرف على العملية أو تحليلها فيجب أن نبدأ أولا بدراسة بعض الحالات التي يمكن من خلالها التعرف على بداية ونهاية عملية التصدي للمشكلة وعلاجها وهناك الحالات التالية في الخدمة الإجتماعية الطبية[1].

- في الحالة الأولى يتعرف الأخصائي افجتماعي على حاجات الأفراد داخل المؤسسة. وإتخاذ الخطوات اللازمة عبر مختلف القنوات الإدارية داخل المؤسسة لتحقيق التغير المنشود وتلبية الحاجات. وهكذا فالمعارف والمهارات المستخدمة في مثل هذه الحالات تكون إدارية بحتة.

- توضح الحالة الثانية وضع الأخصائي الإجتماعي داخل المؤسسة الصحية العامة. عندما تطلب منه إحدى المؤسسات القائمةفي المجتمع المشاركة في خطة معينة بإستخدام معرفته الخاصة بطبيعة السلوك الإنساني والموارد المتاحة بالبيئة وبالتالي تقديم المقترحات والمضامين الأوسع.

- أما الحالة الثالثة فتصف مشاركة الأخصائي الإجتماعي في الجماعة ذات الإختصاصات المتعددة من أجل تطوير السياسة ومستويات البرنامج الوطني.

8- الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي:

1- لمحة تاريخية.

2- مكانة الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

3- مسؤولية الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

---

[1] Bartlett , Harriett. M, "Social Work Practice in the Health Field", op-cit. p. 221.

4- النشاطات الأساسية للخدمة الإجتماعية المدرسية.

5- دور مكتب الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

6- المشكلات الناجمة عن ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

7- السمات المهنية للخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

8- الطرق الأساسية للخدمة الإجتماعية المدرسية.

1- لمحة تاريخية.

يعتبر النصف الثاني من القرن العشرين بمثابة الحلقة الأخيرة من سلسلة التطورات التي شهدتها مهنة الخدمة الإجتماعية عبر تاريخها الطويل لتستقر في المجال المدرسي. وهكذا كان الظهور التخصصات المهنية أثرا في بلورة هذا المفهوم، بحيث صار النسق التعليمي الذي كان يقتصر على تقديم الخدمات التعليمية للطلاب، يتسع ليشمل العديد من البرامج التأهيلية. وذلك إيمانا بأن المجال التعليمي وبالتالي الخبرات الدراسية لا تقتصر على إعداد الطالب فقط وإنما تعتبر تجسيد للحياة نفسها. وبهذا فإن معيار نجاح المدرسة يعتمد بالدرجة الأساس على مدى إسهام الطالب وقدرته في إكتساب الخبرات العلمية عبر مراحله الدراسية. لأن الطالب القادر على التوافق مع ظروف المدرسة بإمكانه التوافق مع ظروف الحياة. ولهذا فإن الإهتمام الذي صار يواجه إلى إحتياجات النمو الطلابي في المدرسة، يؤكد الدور الذي يتحمله الأخصائي الإجتماعي في تقديم المساعدة لجميع العناصر في المدرسة التعليمية من طلاب وأولياء أمور ومدرسين وغيرهم من الذين يواجهون صعوبات بخصوص تكيف الطالب للمحيط المدرسي.

وهكذا تستهدف الخدمة الإجتماعية المدرسية تحقيق الأهداف التعليمية والتربوية من خلال مساعدة الطلاب على الإستفادة من خدمات وبرامج المدرسة. وتمتد جذور هذا النوع من الرعاية إلى عام 1906 - 1907 وخاصة في نيويورك

وبوسطن وهارفرد. وقد كانت بداية الفكرة في نيويورك من المنظمات الإجتماعية على المستوى المحلي وتستهدف تعزيز صلة المدرسين الزائرين بأعضاء هيئة التدريس. ويرجع تطور الفكرة في بوسطن إلى ما يسمى بهيئة تعليم المرأة التي كانت تستهدف إيجاد نوع من العلاقة بين المدرسة والمنزل. بينما ترجع الفكرة في هارفارد إلى مدير العيادة النفسية، حيث كان الأخصائي الإجتماعي يسمى بالمدرس الخاص ويقدم المساعدة للأخصائي النفسي في جميع البيانات عن التاريخ الإجتماعي والمرضي للطلبة الذين يحالون إلى العيادة النفسية[1].

وقد تعددت الأسماء التي كانت تطلق على الأخصائي الإجتماعي قبل أن تستقر على مفهوم الأخصائي المدرسي، فقد كان يلقب بالمستشار المدرسي وأحيانا المستشار المدرسي الزائر أو المدرس الزائر. وكان الأخصائي الإجتماعي يمارس دوره بوحدة إستشارية ملحقة بالمدرسة أو قسم للخدمات الخاصة أو للإرشاد أو حتى قسم لشؤون الطلاب.

ويعتبر عام 1956 البداية الفعلية لظهور الخدمة الإجتماعية المدرسية، فقد حدد المؤتمر القومي للأخصائيين الإجتمايين المنعقد في الولايات المتحدة الأمريكية خلال تلك الفترة مفهوم الخدمة الإجتماعية المدرسية بأنها ((العملية التي يوجه من خلالها الطلاب الذين يعانون من مشكلات معينة، وتشجيعهم على الإتصال بالأخصائي الإجتماعي بهدف الحصول على المساعدة اللازمة للتغلب على المشكلات التي تواجههم شريطة تقبل التعاون))[2].

وفي عام 1958 قدم قسم الخدمة الإجتماعية المدرسية التابع للهيئة القومية للأخصائيين الإجتماعيين وصفا للمهام الأساسية للأخصائي الإجتماعي المدرسي. وقد تضمن عمل اللجنة تحديد المعلومات والإتجاهات والمهارات التي يتطلبها العمل

---

[1] خاطر، أحمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية (نظرة تاريخية، مناهج الممارسة، المجالات) مصدر سابق، ص491 - 92.

[2] N. A. S. W. op - cit - 1956.

في المجال المدرسي والتي يمكن إعتبارها سمات مشتركة للأخصائين الإجتماعيين العاملين في مختلف المجالات، إضافة إلى ما تسفر عنه تجربة الأخصائي الإجتماعي في المجال المدرسي من خبرات وتجارب.

وهذا النحديد رغم عموميته يكشف لنا عن مجموعة من الحقائق التي تقوم عليها الممارسة المهنية في هذا المجال، وخاصة التعرف على الحالات التي يتوجب التعامل معها. وقد تظهر هذه الحالات نتيجة لظروف أسرية أو نتيجة لعدم توافق الطالب مع محيط المدرسة لسباب شخصية أو سلوكية. وهذه الحالات تحدد وفقا لتوقعات المدرسة من الأخصائي الإجتماعي ومن المدرسة. ولا شك فإن قرار قبول الحالة لا ينفرد به الأخصائي الإجتماعي وإنما يشاركه في ذلك الأشخاص الذين يعملون معه ويسهمون في تقديم الرعاية اللازمة للطالب. وقد يكون العامل الحاسم في قبول الحالة مدى إرتباط المشكلة بالتوافق الدراسي، إضافة إلى نوعية البيانات المتوفرة عن الطالب وأسرته لدى إدارة المدرسة، وخاصة لدى أعضاء هيئة التدريس ومدير المدرسة.

وهكذا تتضح أهمية الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي يوما بعد يوم لما لها من دور في العمليات التربوية والتعليمية التي تستهدف مساعدة الطلاب وتحقيق الأهداف الخاصة بالمدرسة. وتعتبر الخدمة الإجتماعية مكملة لوظيفة المدرسة وحتى نحقق نتائجها لا بد وأن تتعاون وتتكامل مع المدرسة في مختلف العمليات الوقائية والعلاجية. ولا ننسى الدور الذي تقوم به الخدمة الإجتماية في برامج الصحة العامة من الناحية الوقائية وخاصة الخدمات الإستشارية للمعلم من أجل الإكتشاف المبكر للأمراض والإنحرافات السلوكية مثل الخجل والإنطواء والخوف والسلوك العدواني...إلخ.

2- مكانة الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

إن ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي تعني ربط نشاطات الخدمة الإجتماعية بالنشاط العام لهذا المجال، الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى تكاملها معه. وفي هذا الإطار نجد من المهم التعرف على المباديء التي توجه عمل الخدمة الإجتماعية وممارستها المهنية في المجال المدرسي وبما يمكنها من التكامل والعمل بطريقة أكثر فاعلية. وهناك العديد من المباديء التي تمخضت عنها ممارسة المهنة في عدد من المجالات منها[1]:

1- إذا ما أريد للخدمة الإجتماعية أن تلعب دورا في المجال الذي تمارس عملها فيه فلا بد أن ينصب إهتمامها على دراسة الجوانب النفسية والحاجات الإجتماعية. والخدمة الإجتماعية لا يمكن أن يكون عملها فعالا إذا إقتصرت على تقديم الخدمات المؤسسية أو أن يكون نشاطها مكملا لنشاطات المهن الأخرى. ويمكن أن يكون للخدمة الإجتماعية مساهمة أكبر إذا شملت الجوانب الإجتماعية ـ النفسية للذين تستهدفهم. ويظهر ذلك جليا في المجال المدرسي من خلال التعلاف على المشكلات التربوية والسلوكية للطلاب وتوفير الرعاية اللازمة لهم.
2- تشارك الخدمة الإجتماعية كمهنة بقية المهن في المؤسسة التي تعمل فيها في تحديد الحاجات والأهداف العامة والعمل على تنفيذ الخطط عن طريق التعون والتنسيق.
3- للخدمة الإجتماعية مجموعة من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها ولهذا لا بد من توفير الفرصة اللازمة لتمكينها من القيام بعملها في المحيط الذي تعمل فيه وعدم التدخل في خصوصياتها أو تهميش دورها.
4- تقدم الخدمة الإجتماعية خدماتها للأفراد والجماعات تحت إشراف المؤسسة التي تعمل فيها.

---

[1] Bartlett , Harriett. M , "Analyzing social work work practice by fields " 0p - cit - pp. 45 - 46.

5- يشارك الأخصائي الإجتماعي في المؤسسة بقية العاملين في جميع النشاطات.

وهذه المبادىء تشمل بقية مجالات الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية وتسهم في الحفاظ على خصوصية الخدمة الإجتماعية وتمكنها من العمل بطريقة أكثر فاعلية وخاصة في المجال المدرسي.

3- مسؤولية الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

تعني ممارسة الخدمة الإجتماعية المدرسية تقديم الخدمات اللازمة من دعم ومساعدة وعلاج لمشكلات الأفراد الذين تستهدفهم. ويبدو واضحا من خلال مراجعة الأدبيات في هذا المجال، إن الخدمة الإجتماعية المدرسية ما زالت تقتصر في عملها على طريقة خدمة الفرد. وهذا يعني أنها تعمل مع الفرد في إطار محدد دون أن تتمكن من توسيع نشاطها ليشمل المجال المدرسي بأكله.

إن التطورات التي حصلت في مجال الخدمة الإجتماعية المدرسية تتطلب تبني إتجاها أوسع وأكثر شمولية نظرا لتداخل حاجات الأفراد والجماعات والمجتمعات، وهذا الإتجاه الشمولي يعني التفكير بطريقة جديدة لتوسيع عمل الأخصائيين في هذا المجال، بحيث ينصب الإهتمام المركزي للخدمة الإجتماعية على تحسين مستوى العمل للأفراد والجماعات والإهتمام بدراسة المشكلات والحالات وتوفير الرعاية بمختلف أشكالها. ويتمثل إهتمام الخدمة الإجتماعية في هذا المجال في إتجاهين وكما يلي:

1- الوعي بأهمية المكونات الإجتماعية - النفسية والحاجات الإجتماعية التي تعتبر من العناصر المهمة في الدراسة والتحليل.
2- المشاركة في توفير الخدمات اللازمة لإشباع الحاجات الإجتماعية سواء عن طريق تقديمها مباشرة أو عن طريق التأثير وتطوير برامج وسياسات مستقبلية.

وفيما يتعلق بالأهداف الأساسية لخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي يمكن إبراز الأهداف التي تؤكد دور الأخصائي الإجتماعي المدرسي والمتمثل بمساعدة الطلاب على التحصيل العلمي وإكتساب المهارات والخبرات التي تفيدهم في مستقبل حياتهم. ومن أبرز هذه الأهداف ما يلي[1]:

1- مساعدة الطلاب على تحصيل دروسهم والوصول إلى أقصى إستفادة من التعليم.
2- مساعدة الطلاب على النمو والتغير والوصول إلى أكبر قدر من الإعتماد على النفس.
3- خلق علاقات إجتماعية مرضية وسليمة بين الطلاب وبينهم وبين العاملين في المجال المدرسي.
4- مساعدة الطلاب على نبذ القيم والإتجاهات الضارة وتدعيم القيم والإتجاهات المفيدة وإكسابهم القيم الجديدة التي يتطلبها بناء المجتمع.
5- مساعدة المدرسة على نشر خدماتها في المنطقة التي توجد فيها بإعتبارها مركز إشعاع في البيئة.
6- مساعدة المجتمع الذي توجد فيه المدرس على تدعيمها وإفادتها بما يتوفر فيه من موارد وإمكانيات.
7- العمل على إيجاد ترابط وتفاهم بين البيت والمدرسة أي بين الأباء والطلاب والمدرسين عبرمجالس الأباء، لأن الأباء والمدرسين يشتركون في تربية الطلاب وتنشئتهم تنشئة سليمة.

وللأخصائي الإجتماعي في المدرسة مسؤولية خاصة تتمثل في إستخدام الإتجاه الإجتماعي - النفسي الذي يعتبر من أنجح الإتجاهات وخاصة مع طريقة خدمة الفرد. ولهذا فإن الوعي بأهمية العوامل الإجتماعية النفسية يعتبر من المهام

---

[1] حسانين، أبوبكر، مقدمة في الخدمة الإجتماعية، مصدر سابق، ص236- 237.

المركزية للخدمة الإجتماعية المدرسية، لأنه يشكل الأساس في تقديم الخدمات، بينما يكون إهتمام المدرسة بمثل هذه العوامل إهتماما عاما. ويتطلب العمل في المجال المدرسي معرفة المفاهيم والنظريات المتعلقة بتلك العوامل وتوضيح أهميتها لبقية العاملين في المجال المدرسي بواسطة الأخصائي الإجتماعي. ويتم ذلك من خلال العمل الجماعي عبر قنوات رسمية وتربوية وتعليمية. فالأخصائي الإجتماعي يساعد بقية العاملين وذلك بإقناعهم بأهمية العوامل المحيطة بالطلبة أو الظروف التي يعانون منها داخل المدرسة حتى يتمكن من تحمل مسؤولية العمل وتقديم الخدمات أو الدعم اللازم[1].

4- النشاطات الأساسية لخدمة الإجتماعية المدرسية.

تتضمن الممارسة المهنية للخدمة الإجتماعية المدرسية عددا من النشاطات المختلفة كجزء من إهتماماتها المركزية عن طريق العديد من العاملين والبرامج والسياسات. بيد أن هذه النشاطات لم تتبلور أو تصنف تصنيفا علميا دقيقا، ويرجع ذلك إلى عدم وجود تعريف محدد واضح لطبيعة الممارسة المهنية في هذا المجال. وما زالت هذه النشاطات تتصف بالعمومية ولا تقتصر على مجال معين دون غيره، وينطبق ذلك على الطرق المستخدمة حاليا (خدمة الفرد، خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع). وتعتبر دراسة الحالة من خلال مراجعتنا لأدبيات الخدمة الإجتماعية من أكثر الطرق وضوحا وإنتشارا في هذا المجال، ويرجع ذلك إلى التقدم الذي أحرزته في مجال تحديدها لعناصرها الأساسية. وعموما يمكن تلخيص النشاطات الأساسية للخدمة الإجتماعية المدرسية بالنقاط التالية[2]:

1- إدارة البرامج والإشراف عليها وخاصة الإجتماعية منها. ويعتبر رئيس قسم الخدمة الإجتماعية أو مكاتبها الفرعية بمثابة المسؤول الأول وبمشاركة بقية العاملين.

---

[1] N. A. S. W. , " Social work practice in the health field."op - cit. pp. 50. 51.

[2] Ibid. pp 52 - 53.

2- تقديم الخدمات للأفراد وأسرهم عبر الطرق المتعارف عليها:

أ- خدمـــة الفـــرد.

ب- خدمـــة الجماعة.

3- التخطيط للبرامج والخدمات الخاصة بالمؤسسة والمجتمع عن طريق:

أ- المشاركة في تخطيط برامـــج المؤسســـة.

ب- المشاركة في التخطيط للمجتمع نفســـــه.

وتهتم هذه النشاطات بوضع السياسة وتنفيذها وتحســـين نوعيـــة الخـــدمات بالإعتماد على ما تقدمه المؤسسات المجتمعية من دعم.

4- النشاطات التربوية والتعليمية: وهذه النشاطات تدخل في إطار ممارسة الخدمة الإجتماعية وخاصة مع طلبة الخدمة الإجتماعية وأحيانـــا مـــع طلبـــة المهـــن الأخرى.

5- النشاطات البحثية: وتشمل إعـــداد الدراســـات والبحـــوث الخاصـــة بالخدمـــة الإجتماعية سواء كانت مستقلة وتمول من قبل مؤسسات الخدمة الإجتماعية أم بدعم من مؤسسات أخرى رسمية كانت أم غير رسمية.

6- تبادل الآراء وتقديم المشورة: وهذا النشـــاط يمكـــن أن يحـــدث فـــي أي مـــن النشاطات المذكورة أعلاه، وفي مثل هـــذه الحـــالات لا يتحمـــل الأخصـــائي الإجتماعي لوحده مسؤولية القيام بأي عمل.

5- دور مكتب الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي:

تتضمن ممارسة اخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي في الوقت الحاضـــر جميع طرق ومناهج الخدمة الإجتماعية، ولهذا نجد أن من أبـــرز المشـــاكل التـــي تعترض عمل المهنة في هذا المجال هو كيفية إختيار الطريقة الملائمة لهذا النوع أو ذاك، وبطريقة تضمن إيجاد نوع من التوازن بين هذه الطرق. ويتحمل الإداريـــون في هذا الخصوص مسؤولية تطوير البرامج وبمشاركة جميع العـــاملين، وتتضـــمن

هذه البرامج عددا من الخدمات والنشاطات المكملة لبعضها، ولا شك فإن فاعلية أي من هذه النشاطات يعتمد على النشاط الآخر داخل البرنامج العام. وبما أن الخدمة الإجتماعية هي جزء من برنامج أكبر وأشمل فهناك نوعان من المهام الإدارية المتوقع أن تقوم بها الخدمة الإجتماعية. وتتمثل هذه المهام بطبيعة عمل الوحدة المهنية التابعة لها وكيفية توحيد خدماتها المهنية مع خدمات المؤسسة التعليمية وتكاملها معها.

والمعروف أن الخدمة الإجتماعية المدرسية تعمل وفي غالب الأحيان داخل قسم أو مكتب مخصص لها ضمن المؤسسة التعليميمة نفسها ويضم عدد قليل من الأفراد. ويتحمل هذا المكتب مسؤولية التنظيم والتخطيط والتوجيه وتنسيق البرامج ووضع السياسات وإختيار العاملين إضافة إلى توفير الخدمات وإعداد التقارير وتقييم الخدمات. وهناك بطبيعة الحال عدد من المعايير والمبادىء التي تميز عمل مكتب الخدمة الإجتماعية وتنظيمه الإداري في المجال المدرسي يمكن إجمالها بما يلي:

1- الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي يجب أن تنظم كجزء محدد وواضح من المؤسسة التابعة لها.
2- يجب أن يرتبط جميع العاملين الإجتماعيين بقسم واحد داخل المؤسسة التعليمية مهما كانت طبيعة عملهم وسواء كانت دائمة أم مؤقتة.
3- ميزانية المكتب أو القسم يجب أن تكون جزءا من ميزانية المؤسسة التابع لها.
4- يجب أن تتوفر في الأخصائيين الإجتماعيين جميع الشروط والمؤهلات المهنية المطلوبة سواء ما تعلق منها بالإعداد الأكاديمي أم بمستوى الكفاءة.

5- يجب أن تتوفر جميع الخدمات والتسهيلات للمكتب من تلفونات وقاعات لإجراء المقابلات وتنظيم المؤتمرات وبما يسهل القيام بتأدية المهام المهنية مع الأخذ بنظر الإعتبار الطبيعة السرية للعمل[1].

ومن الإنتقادات الموجهة لهذه المكاتب العاملة في المجال المدرسي كما تشير الكثير من الدراسات، هو إهتمامها بالمشكلات الإدارية أكثر من إهتمامها بالمبادىء الخاصة بالعمل. ويتطلب مكتب الخدمة الإجتماعية ثلاثة أطر معرفية حتى يتسنى له القيام بتنفيذ مهامه وهذه الأطر هي:

1- معرفة كاملة بطبيعة العلاقة مع الأفراد والجماعات.
2- معرفة كاملة بكيفية إدارة الخدمات الإجتماعية.
3- معرفة البرامج الخاصة بمؤسسات الخدمة الإجتماعية وكيفية ترجمة السياسة الإجتماعية إلى برامج وخدمات[2].

وبالنسبة للجانب الأول (طبيعة العلاقة) نجد أن للخدمة الإجتماعية نفس الإهتمام سواء بالنسبة للأخصائيين الإجتماعيين أم المستفيدين من الخدمات ، وبمعنى آخر التأكيد على أهمية المشاركة والنمو والتطور. ويعتبر المبدأ الثاني من المبادىء غير الموفقة في مجال الخدمة الإجتماعية المدرسية، ولكن مع تطور الخدمات وزيادة درجة تعقدها، أصبح واضحا مدى الحاجة للمعارف والمهارات المهنية الإدارية. بينما يتعلق بالبرامج ومدى تأثير البيئة المدرسية، فقد حظيت بالإهتمام الذي تستحقه في مجال الخدمة الإجتماعية المدرسية.

ومن الخصائص الأخرى المميزة لمكاتب الخدمة الإجتماعية المدرسية، تقديم الخدمات وتطوير العلاقات الإنسانية وعلاقات العمل بين جميع العاملين في المدرسة

---

[1] Ibid. pp 54 - 55.

[2] Kidneigh , John. C. , "Social Work Administration " , Social Work Journal , vol. 31., No .2. - 1950. pp. 58 - 60.

من مدرسين، إداريين، أو أفراد ينتمون إلـــى مهـــم أخـــرى. ويهـــتم الأخصـــائي الإجتماعي المدرسي بتنفيذ البرامج ومتابعتها ووضع الخطــط اللازمـــة للتصـــدي للمشكلات القائمة. وتعتبر التقارير التي يعدها المكتب جزءا من عمليـــة التســـجيل المتضمنة إعداد سجل لكل طالب. ويعتمد الأخصائيون الإجتماعيون وخاصة الذين تم إعدادهم إعدادا جيدا، على أحدث النظريات في ممارستهم المهنية داخل المجـــال المدرسي، وتطبيقها عند دراسة الحالات أو تشخيصها أو علاجها والتخطيط لهـــا. ولا يتحمل هؤلاء أي واجبات مدرسية غير تلك المعهودة كالمشاركة فـــي بعـــض الإجراءات وتطوير السياسة الإجتماعية. ولا شك فإن الأخصائيين الذين لديهم خبرة يتحملون مسؤوليات أكثر من غيرهم وخاصة بالنسبة للنشاطات التربوية والبحثيـــة والمجتمعية داخل المدرسة. ولهذا تتضمن مهنة الأخصائي الإجتماعي مهاما أوســـع مما هو معروف في الميادين الأخرى، لتشمل نشاطات مهنية أخرى. بيـــد أن هـــذه المهام تتباين بحسب الموقف أو مدى كفاءة الأخصائي الإجتماعي أو مـــا تقتضـــيه المصلحة العامة أو مصلحة الكالب.

وعموما يعتبر قسم الخدمة الإجتماعية المدرسية بمثابة مكتب يقـــدم العـــون للمدرسة وعلاج الحالات المحالة إليه، وهو حلقة وصـــل بـــين المدرســـة والقســـم المركزي الخاص بالخدمة الإجتماعية. وللمكتب أو القسم مجموعة مهام يأتي مـــن بينها فتح ملف للحالات الجديدة التي يحيلها الأخصائي الإجتماعي مرفقة بملخـــص عن الحالات والأسباب الكامنة وراء التحويل ووفقا للتشخيص الأولى تمهيدا لوضع الخطوات العلاجية.

6- المشكلات الناجمة عن ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

تقوم الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي بتحديد الأهـــداف والمشـــكلات والمستفيدين، وتعمل من أجل تحقيق هذا الهدف في إتجاهين هما:ـــ

1- تقديم خدمات مباشرة أو غير مباشرة للأفراد والجماعات.

2- العمل مع بقية العاملين في المؤسسة وعبر مختلف التنظيمات الرسمية وغير الرسمية، على تطوير وتحسين مستوى الخدمات.

والخدمة الإجتماعية عند دخولها أي مجال لا ينبغي أن تعمل بمعزل عنه (كما يحدث في بعض الأحيان) وإنما يجب أن تعمل في إطارها الواسع والشامل المتضمن للمجال الذي تعمل فيه حتى يتسنى لها تحقيق أهدافها. فالخدمة الإجتماعية تصبح جزء من مؤسسة أكبر عند الممارسة المهنية، لهذا يكون من أبرز إهتماماتها خلق المناخ المناسب الذي يمكنها من العمل بأقصى طاقتها، ويشارك جميع العاملين إلى جانب مسؤول أو مدير المكتب بتنفيذ هذه المهمة. والمعروف أن المجال المدرسي يتضمن مهنا أخرى كالصحة المدرسية، والصحة النفسية والتربية البدنية... إلخ، بيد أن للخدمة الإجتماعية إهتماماتها الخاصة التي تميزها عن بقية المهن، الأمر الذي يجعلها بحاجة إلى المزيد من الثبات والإستقرار حتى يتسنى لها النهوض بمهمتها الإنسانية.

وتنطوي ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي على العديد من المشكلات منها على سبيل المثال وجود نوع من الحواجز الرسمية بينها وبين المؤسسات التعليمية، ويرجع ذلك إلى حداثة عمل الخدمة في المجال المدرسي، فضلا عن محدودية الأدوار التي تقوم بها المهنة في المدرسة وقلة عدد العاملين بالمقارنة مع المهن الأخرى. وهناك أيضا مشكلة عدم توفر الإستعداد لتقبل الأخصائي الإجتماعي المدرسي من قبل العاملين، وجميع هذه العوامل تحول دون تكامل الخدمة الإجتماعية المدرسية مع بقية المهن العاملة الميدان أو التعاون معها[1].

---

[1] Pollak , Otto , " The Culture of medical social work " , Medical Social Work , vol - 3 , No - 3 , 1954. pp. 81 - 89.

ومن المشكلات الأخرى الناجمة عن ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي مشكلة تكييف السياسات والبرامج المهنية للخدمة الإجتماعية مع سياسات وبرامج المؤسسة التعليمية، فضلا عن مشكلة تنفيذ المهام الإدارية والخدمية في مكتب الخدمة الإجتماعية وذلك نظرا لقلة العاملين في هذا المكتب. وهناك المشكلة الخاصة بطبيعة عمل الخدمة الإجتماعية الذي يختلف عن نشاط المؤسسة التعليمية من حيث الإجراءات والعلاقات والطرق. ولا شك فإن طبيعة الإحتياجات والمشاكل المرتبطة بالمؤسسة التعليمية تؤثر على عمل الأخصائي الإجتماعي وتدفعه إلى تحمل المزيد من المسؤوليات وإتخاذ مهام كثيرة تفوق قدرته على العمل.

وتعتبر مشكلة تكامل الخدمات الخاصة بالخدمة الإجتماعية وتلك الخاصة بالمؤسسة التعليمية من بين المشكلات الناجمة عن الممارسة المهنية، ويعزى ذلك إلى حداثة عمل الخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي بالمقارنة مع بقية المجالات. كما أن التركيز على طريقة خدمة الفرد يعتبر من الأمور المحددة لنشاط الخدمة الإجتماعية بالمقارنة مع المجال المدرسي الذي يتسم بإتساع نطاقه وإنتشار خدماته. الأمر الذي يتطلب من الخدمة الإجتماعية أن تستجيب لمختلف المواقف وبما تتلائم مع المحيط الذي تعمل فيه.

7- السمات المهنية للخدمة الإجتماعية في المجال المدرسي.

تعتبر الخدمة الإجتماعية المدرسية بمثابة المدخل المهني لمساعدة الطلاب الذين يعانون من بعض المعوقات التي تحول دون تحقيق الأهداف المنشودة في المدرسة. وبهذا تصبح الغاية النهائية لبرامج الخدمة الإجتماعية، التصدي للمشكلات التي تواجه الطلاب. وتعتبر الخدمة الإجتماعية إحدى أبرز المهن التي يتم توظيفها في المدرسة من أجل رفع مستوى الإستفادة من الخبرات الدراسية، ومن أبرز المهن التي تمارس عملها في المجال المدرسي الطب، التعليم، الصحة النفسية، التربية البدنية إضافة إلى الأخصائي الإجتماعي.

ويقوم الأخصائي الإجتماعي بتوظيف مهاراته ومعارفه النظرية لخدمة الطلاب ومساعدة الأباء للإستفادة من الخدمات التعليمية التي تتوفر في المدرسة. والأخصائي الإجتماعي لا يعتبر عضوا في هيئة التدريس داخل المدرسة، إلا أنه يتعاون مع بقية أعضاء هيئة التدريس والعاملين في المدرسة بإعتبارهم مصادر لتحويل الحالات التي تظهر عليها بعض المشكلات السلوكية والإنفعالية. ويعتمد هؤلاء في ذلك على الملاحظة بإعتبار أن هؤلاء العاملين وبحكم مهنتهم يمكنهم ملاحظة سلوك الطلاب الذين يعانون من إضطرابات سلوكية. ويستطيع الأخصائي الإجتماعي أن يستخدم طريقة خدمة الفرد مع أولياء أمور الطلبة لمساعدتهم على تفهم مشكلة الأبناء كما يروها بأنفسهم وكما تحددها المدرسة تمهيدا لتقبل الطالب وتفهم قدراته وتحديد إحتياجاته.

ويقيم الأخصائي الإجتماعي من خلال عمله مع الطلاب وأولياء الأمور، علاقات جيدة مع المدرسين والعاملين المهنيين وبما يخدم مصلحة الطالب. ويمكن للأخصائي الإجتماعي أن يمارس دور المستشار في المدرسة لما ينطوي عليه عمله من معلومات ومهارات تمكنه من مساعدة المدرسين على تفهم العوامل الكامنة وراء السلوك الظاهر للطلاب، وتزويدهم بالطرق العلمية السليمة لمقابلة هذا النوع من السلوك والعمل على تعديله.

ويجب أن يكون الأخصاءي الإجتماعي مدرك لطبيعة المناهج ومدى ملائمتها للطلاب، ولطبيعة العلاقات والموارد وإحتياجات المجتمع وعلاقة المدرسة بالمحيط العام. وأن يكون ملما بالمعلومات ذات الصلة بالعلوم الأخرى وينقلها إلى بقية زملائه العاملين عن طريق الإتصالات الفردية والمشاركة الجماعية في اللجان أو الإجتماعات المدرسية. ولاشك فإن نجاح الخدمة الإجتماعية المدرسية كمهنة يتوقف على مدى التعاون والتنسيق بينها وبين بقية المهن العاملة في المجتمع والتي تشترك

في تقديم خدمات معينة للطلاب. ومن بين أبرز المبادىء المهنية التي يلتزم بها الأخصائي الإجتماعي في المجال المدرسي ما يلي[1]:

1- الإلمام بالمهارات التعليمية وتفهم طبيعة دور المدرس وبقية العاملين في المحيط المدرسي، والإلتزام بكافة الإجراءات التي يمليها العمل في المؤسسة التعليمية بإعتباره جزءا منها.

2- الإهتمام بالإتصالات والعلاقات مع بقية العاملين، وأن لايتخذ أدوارا ومواقف تتعارض مع مواقف وأدوار المهن الأخرى. وهذا يتطلب من الأخصائي الإجتماعي المدرسي أن يكون ملما بقضيتين أساسيتين ترتبط الأولى بدوره في المدرسة من حيث أنه يمثلمهنة مساعدة للمهنة الأساسية (التعليم)، ويتركز دوره هنا في العمل مع بعض الحالات التي يصعب التوصل إلى إيجاد علاج لها. وتتعلق الثانية بالعلاقة المهنية الهادفة التي تمكن الأخصائي الإجتماعي من تقديم الدعم اللازم وإتخاذ الإجراءات الصحيحة من المقابلة الأولى دون الحاجة لتكوين علاقة مهنية إختصارا للوقت والجهد وخاصة في الحالات البسيطة.

8- الطرق الأساسية للخدمة الإجتماعية المدرسية.

أولا: خدمة الفرد:

السمة الأساسية لممارسة طريقة خدمة الفرد في المجال المدرسي هي أن الطالب لا يتقدم بنفسه مباشرة لطلب المساعدة أو إيجاد حل لمشكلته، بعكس المجالات الأخرى التي تتيح الفرصة للفرد بالتقدم لطلب المساعدة وإبداء الرغبة في التعاون مع الأخصائي الإجتماعي. وهذا يرجع إلى مكانة الخدمة الإجتماعية الثانوية في المجال المدرسي الذي يأتي إليه الطالب للتزود بالعلم والمعرفة. وهذه السمة تجعل من طريقة خدمة الفرد تتسم بالمبادأة من قبل الأخصائي الإجتماعي في عمليات الإتصال بالطلاب من ذوي المشكلات، الأمر الذي يضع على كاهل

---

[1] خاطر، أحمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية، مصدر سابق.

الأخصائي الإجتماعي لمزيد من العبء لما يتطلبه دوره من خبرة ومهارة في إقناع الطالب على تقبل مثل هذا الدور والتعاونمعه من أجل التصدي للمشكلة. وعموما فإن فاعلية العمل مع هذه الحالات يتوقف على مدى معرفة الطالب بالأخصائي الإجتماعي والدور الذي يمكن أن يقوم به. ويمكن للأخصائي الإجتماعي أن يقوم بدوره من خلال البرامج والخدمات المختلفة التي يظهر فيها مدى إلتزامه بالقيم والمبادىء الخاصة بممارسة الخدمة الإجتماعية.

ولا يقتصر دور الأخصائي الإجتماعي على التعامل مع الطلاب وإنما يمتد ليشمل أولياء أمور الطلبة وأعضاء هيئة التدريس. فالنسبة للطرف الأول يمكنه أن يتعامل معه في المناسبات كإجتماعات مجالس الأباء والمعلمين، والقاءات التي تقيمها المدرسة بشكل دوري وبما يعزز تكامل مسؤولية المدرسة مع أولياء الأمور. ويتحدد دور الأخصائي الإجتماعي في الأخذ بيد أولياء الأمور وتشجيعهم على التعاون من أجل التصدي لمشكلات الأبناء من الطلاب.

ويتضح دور الأخصائي الإجتماعي بالنسبة لأعضاء هيئة التدريس من خلال اللقاءات غير الرسمية وقدرته على ترجمة مشاعره وتقديره لدورهم في تنفيذ خطة العلاج. وتتضمن حالة كل طالب مرفقا يتضمن معلومات عن الجوانب التالية:ـ

1- معلومات عن الطالب نفسه.
2- معلومات عن أسرة الطالب.
3- التاريخ الدراسي للطالب.
4- علاقات الطالب وأصدقائه[1].

ومن الخطوات المستخدمة في طريقة خدمة الفرد ما يلي:

---

(1) خاطر، أحمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية، مصدر سابق، ص525 – 26.

1- دراسة الحالة:

وهي بمثابية الخطوة الأولى التي يتخذها الأخصائي الإجتماعي في تعامله مع الحالة لمعرفة السباب الكامنة وراء المشكلة. وهذه العملية تتطلب من الأخصائي الإجتماعي التدرج في التعامل مع الحالة حتى لا يثير مخاوف الطالب حول أهمية المشكلة، والسماح للطالب في تحديد مشكلته والأسباب الكامنة وراءها لما لهذا الإجراء من أهمية في المرحلة اللاحقة عند العلاج وخاصة تعديل السلوك.

وهكذا تركز دراسة الحالة على معرفة المشكلات التي من أجلها يستدعي الطالب أو يتقدم بنفسه أو عن طريق ولي أمره.

2- التشخيص:

وتعتبر هذه الخطوة عملية فنية متخصصة تتطلب إشتراك الطالب مع ولي أمره من أجل معرفة الأسباب الحقيقية التي أدت إلى تفاقم الوضع تمهيدا لوضع الخطة العلاجية. ويعتمد الأخصائي الإجتماعي في هذه الخطوة على تفحص السجلات المدرسية والتقارير الطبية، وينظم مقابلات مع الأبوين والبيئة المنزلية للتعرف على التاريخ الإجتماعي والعلاقات الإجتماعية الاسئدة.

3- العلاج:

خطوة تتطلب الكثير من الجهد من أجل تحقيق أهداف العلاج، تدفع الأخصائي الإجتماعي أحيانا لتحويل بعض الحالات إلى مكتب الخدمة المدرسية والمؤسسات المجتمعية الأخرى. بينما يحاول الأخصائي الإجتماعي في الحالات الأخرى أن يستخدم العلاج البسيط كمحاولة سريعة في الأوقات التي لا تسمح فيها ظروف المؤسسة أو البرنامج الدراسي بالتعمق في دراسة الحالات. ومن أبرز المؤسسات التي يحتاج إليها الأخصائي في الحالات الصعبة التي تحتاج لفترة أطول، مكتب الخدمة الإجتماعية، العيادة النفسية، المراكز الصحية... إلخ.

ثانيا: خدمة الجماعة.

تستمد هذه الطريقة جذورها من القيم والمعايير السائدة في المجتمع إنطلاقا من حقيقة كون المدرسة جزء من المحيط. وتعتبر هذه الطريقة إضافة إلى كونها وسيلة الأخصائي الإجتماعي للعمل، وسطا للطلبة يتسنى لهم من خلالها إشباع إحتياجاتهم وممارسة أنشطتهم التي يغلب عليها روح العمل الجماعي. فالطالب يكتسب من خلال إنتمائه للجماعة، القدرة على التفكير الواقعي والإيمان بأهداف جماعته، وبالتالي التعبير عن إحتياجاته وبما يحقق له الاندماج في المجتمع العام، ومن أبرز الجماعات التى يتوفر فيها نشاط خدمة الجماعة، جماعة الفصل وجماعة النشاط.

ويعبر الصنف الأول من الجماعات عن الجانب الأجباري للجماعة التى لايحددها الطالب وانما تفرضها العملية التعليمية، ويمكن تحويلها إلى جماعة أختبارية عندما يتوافق معها الطالب لما لها من صفة الأستمرارية والتجانس من حيث السن والمستوى التعليمي والحاجات النفسية والأجتماعية[1].

وتكون جماعة النشاط تعبيراً عن رغبة الأعضاء ووفقاً لخطة يصممها الأخصائي الأجتماعي أو تحددها المدرسة، وتبدأ الجماعة ممارسة النشاط بمساعدة الأخصائي الأجتماعي الذي يحدد أدوار وسلوك الأعضاء ومساعدتهم وتوجيه التفاعل بما يحقق إشباع احتياجات الأعضاء ويعدل سلوكهم ويكسبهم الصفات الأجتماعية.

ثالثاً: تنظيم المجتمع.

تستهدف هذه الطريقة مساعدة المجتمع المدرسي على مواكبة التغييرات المستمرة في المجتمع العام وضبط السلوك بما ينسجم ومعايير المجتمع وقيمه.

---

[1] خاطر، أحمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية، مصدر سابق، ص534- 35.

ويتم ذلك من خلال ما تتيحه المدرسة من فرص لطلابها للمساهمة والمشاركة في تحديد أهدافها وبما ينعكس على تنمية شخصياتهم وتكـوينهم وتـدريبهم علـى ممارسة العمل بروح ديمقراطية تعاونية، ومن بين مهـام هـذه الطريقـة توثيـق الصلات بين المدرسة والمحيط وبما يسهم في التعرف على الموارد وايجاد نوع من التعاون والتنسيق مع بقية الموسسات لمقابلة أحتياجات الطلبـة المتنوعـة، وتتعـد التنظيمات التى تسمع لهذه الطريقة بتحقيق أهدافها ومن أبرزهـا مجـالس الأبـاء وأتحادات الطلاب والجمعيات التعاونية والخدمة المدرسية....الخ.

الفصل الخامس

إدارة المؤسسات الاجتماعية

ويتكون من:

1. مفهـــوم الإدارة.
2. المبـــادىء الأساسيـــة لـــلإدارة .
3. الوظـــائـــف الإداريـــة.
4. المهـــام الأساسيـــة للإدارى.
5. الإدارة ومفـــهـــوم الأنســـاق.
6. الأنســـاق وأهميتهـــا بالنسبـــة للإدارى.
7. العناصر الأساسية للمؤسسة كنسق إداري.
8. العـــلاقة بيـــن المؤسســـة والمحيـــط.
9. العمليـــات والوظـــائـــف الإداريـــة.
10. الخطوات الأساسية في عمليـــة التنظيـــم.

الفصل الخامس

إدارة المؤسسات الاجتماعية

تمهيد:

تقوم الإدارة في المؤسسات الإجتماعية على مجموعة من القيم والمهارات والأهداف والخبرات والناس المشتركين في العملية إضافة إلى موافقة المجتمع على قيام المؤسسة. أما الهدف من الإدارة في المؤسسات الإجتماعية فيتمثل في إيجاد الهياكل التنظيمية القادرة على توفير الخدمات وتوزيعها للمستفيدين بطريقة فعالة. وتتأثر مثل هذه المؤسسات بنوعية الخدمات المقدمة للمستفيدين والعلاقات الشخصية، والمستفيدين أنفسهم والعاملين والتصور لما ينبغي أن يكون عليه المجتمع. ويأتي الإهتمام بموضوع الإدارة من الرغبة في تحقيق المساواة بين الناس عند توزيع الخدمات والمنافع الأساسية وبما يسهم في تحقيق الحياة الحرة الكريمة ومعاملة الناس معاملة عادلة. وبالرغم من أن أغلبية المؤسسات لا تعلن صراحة هذه الأهداف، إلا أنها تعبر عن ذلك من خلال تعاملها مع الناس الذين يتقدمون إليها لطلب المساعدة اللازمة للتصدي للمشكلات الإجتماعية أو التخفيف منها. وهذه المشكلات ما كان يجب أن تكون لو توفرت للناس الفرص المتساوية للحصول على الموارد المالية والخدمات التربوية والعمل اللازم لسد الإحتياجات. وهكذا فإن توفير الحياة الحرة الكريمة وضمان مستوى معيشي للناس يعتبر من أبرز المهام الملقاة على عاتق المؤسسة الإجتماعية. ومن متطلبات تحقيق هذه المهام ما يلي:

1- يجب أن تعكس السياسات والخدمات التي تقدمها المؤسسة مثل هذه الفلسفة.

2- يجب أن تعكس العمليات المؤسسية ذلك الهدف.

3- يجب على المؤسسة أن تعكس مثل هذا التوجه في عملياتها الإدارية الداخلية.

وهكذا فنظرة المؤسسة لجميع الناس هي واحدة، والناس جميعا من وجهة نظر المؤسسة جديرون بالإحترام وينبغي معاملتهم بطريقة تضمن لهم مثل هذا

الإحترام والحياة الكريمة، ويمتد هذا المفهوم ليشمل العاملين والمستفيدين من خدمات الرعاية الإجتماعية. وهكذا يهتم الإداريون في المؤسسات الإجتماعية بالإنسان والجوانب الإنسانية، كما ينبغي أن تركز نتائج أعمالهم على تحقيق المجتمع العادل. ولذلك فإن من أبرز المهام التي تقوم بها الإدارة ما يلي:

1- مساعدة المؤسسات والعاملين فيها على إصدار أحكام واضحة وصريحة بخصوص ما ينبغي أن يكون.
2- النهوض بكفاءة العاملين ومقدرتهم على التعاطي مع هذه الأحكام.
3- النهوض بكفاءة المؤسسة وقدرتها على تأمين الخدمات وإتخاذ الإجراءات التي تدعم تلك الأحكام.

وهكذا تعكس هذه الإهتمامات الجهود التي تبذلها الإدارة في توفير النموذج المؤسسي الجيد الذي يستهدف تغيير الفرد مع المحافظة في نفس الوقت على الجانب الإصلاحي[1]. ولا شك فإن العلاقة بين الأخصائي الإجتماعي المهني والعميل (صاحب المشكلة) هي علاقة تعاقدية[2]، فالعميل يدخل هذه العلاقة ويتعامل كطرف مع شخص آخر مزود بالمهارات والخبرات ويتبع إجراءات معينة من أجل التوصل إلى ما يسمى بالتصور الأولي أو تحديد المشكلة، وهذا الشخص الآخر هو الأخصائي الإجتماعي. كما أن العلاقة بين المؤسسة الإجتماعية والإدارة هي علاقة تبادلية، فالمجتمع يصادق على ممارسة المهنة ويقر بقبولها كوسيط للتصدي للمشكلات الإجتماعية، وتتولى المهنة (المؤسسة الإجتماعية) في المقابل مهمة القيام بدورها الإجتماعي أكثر فاعلية وعقلانية وأخلاقية بالإعتماد على المعارف ذات الطبيعة الشمولية والموارد المتاحة في المجتمع. وهكذا تتطلب المؤسسة في عملها

---

[1] Kloterman, Richard , E., "Foundation for normative Planning ,"journal of the American Institute of Planners , 44, No1. 1978.

[2] Bidwell, Charles E. and Freeland , R.S, "Authority and Control in Client - Servant Organizations", Sociologicalo Quartely , vol.4. No-2-1963-

مع الناس الحصول على موافقة المجتمع وإقراره لها في ممارسة المهنة، والمؤسسة توكل بدورها مهمة القيام بعملها لمديرها الأعلى.

وبذلك يعتبر مدراء المؤسسة بمثابة مهندسين أو مصممين يحاولون جاهدين تحقيق المجتمع العادل عبر خطة مركزية ومدروسة مسبقا، لأن "... الغرض الرئيسي للإدارة هو توفير الموارد والدعم المؤسسي والإجتماعي الضروري لضمان عمل المؤسسة بطريقة تؤدي إلى تحقيق نتائج إيجابية وفعالة من خلال العمل مع المستفيد وبالتالي تحقيق مجتمع العدل"[1].

1- **مفهوم الإدارة**:

تتعدد المفاهيم وتتنوع التعريفات الخاصة بمفهوم الإدارة الإجتماعية من حيث مدى شمولية وإتساع المضمون، وإختلاف الإجراءات الإدارية بين المجتمعات، وتبعية المؤسسة الإجتماعية، والمراحل التاريخية التي مرت بها. وعموما ينطوي مفهوم الإدارة على العديد من النشاطات والأدوار التي يقوم بها الأخصائي الإجتماعي، والعمليات الإدارية الأخرى مثل التسجيل، التقييم، التدريب. وبمعنى آخر تتضمن الإدارة جميع النشاطات التي تقوم بها المؤسسة الإجتماعية والتي تستهدف تحويل السياسة الإجتماعية إلى خدمات إجتماعية. وتعني الإدارة وفق هذا المفهوم تنسيق جهود العاملين من أفراد وجماعات، وإستخدام الأساليب الفنية التي تعتمد على تطبيق العلوم الإجتماعية الأساسية، وإعداد الدراسات المتعلقة بتنفيذ السياسة الإجتماعية ومتابعتها وتقييم دورها في التصدي للمشكلات الإجتماعية. كما وتوصف الإدارة بأنها عملية تعاونية تنسيقية تشمل جميع العاملين في المؤسسة الإجتماعية ودورهم في تحديد الأهداف والتخطيط والتنفيذ وبالتالي إحداث التغيير

---

[1] Quated in "Management of human services Organizations ," Encyclopedia of social Work (Washington , D. C ,:N.A.S.W. 1977.)

المطلوب[1]. وتعني الإدارة أيضا طريقة الممارسة، أي أنها عملية منظمة للعديد من المهام والوظائف والنشاطات المترابطة التي يقوم بها المدراء، وتستهدف تحقيق أغراض المؤسسة[2].

وتستند الإدارة إلى مجموعة من المعارف والمهارات وكما يلي:

1- التأهيل والإعداد الكافي وبما يمكن من فهم طبيعة المؤسسة ووظائفها ومشكلاتها.

2- معرفة طبيعة علاقة المؤسسة بالمجتمع والمؤسسات الأخرى العاملة فيه وتحديد مصادر التمويل.

3- معرفة مسؤوليات العاملين والأدوار التي يقومون بها والعلاقات فيما بينهم والمشكلات الناجمة عن تفاعلهم.

4- معرفة كيفية إتخاذ القرار المناسب والنهوض بوعي الجماعير وبما يمكنهم من إتخاذ قرارات صالحة لهم ولمجتمعهم.

5- وضع السياسات العامة للمؤسسات الإجتماعية وبما يلبي طموحات وأهداف كل من الفرد والمجتمع.

6- معرفة كيفية التدخل الإجتماعي السريع والمشاركة في عمل المؤسسة الهادف إلى ترجمة وتحويل السياسة الإجتماعية إلى برامج وخدمات.

7- معرفة كافية بجميع نظريات الإدارة وأساليب الإتصال والعلاقات العامة ونظرية السلوك.

8- معرفة كيفية التواصل مع الناسوإقامة علاقات جيدة معهم.

---

[1] Kidneigh , John. C, "Social Work Administration:An era of Social Work Practice."Social Work Journal , 1958. p.58.

[2] Gilbert , Neil and Specht , Harry , "Hand book of the social services ," New Jersey , Englewood Cliffs , 1981. pp. 567 - 68.

2- المبادىء الأساسية للإدارة:

تتستند الإدارة إلى مجموعة من المبادىء يمكن إجمالها بما يلي:

المبدأ الأول: العمل الإداري يجب أن يسفر عنه نتائج عادلة وجيدة.

طبيعة البناء: فالبناء وأنواع التفاعلات التي تجري داخل المؤسسة وعلاقة المؤسسة بالمؤسسات الأخرى يجب أن تستند إلى مجموعة من المبادىء الديمقراطية والسلوك الأخلاقي الذي يوفر الإحترام والكرامة لجميع الناس. فقد تبين أن البناء الهرمي يسبب العديد من المشكلات داخل المؤسسة مما تيطلب الحد منه أو تقليل درجته. وتشير بعض الدراسات بأن المشاركة في الجلسات واللقاءات الإدارية التي تجري داخل المؤسسات الصحية تقوم على أساس مكانة الفرد داخل الفريق الطبي. فالموضوعات أو الملاحظات التي تبديها الممرضات أو الذين يحتلون قاعدة الهرم غالبا ما تستثنى أو لا تناقش بسبب هامشية مكانة أصحابها مما يسبب نوعا من الإحباط.

المبدأ الثاني: البناء المؤسسي ينبغي أن تتوفر فيه البيئة الديمقراطية.

الأساس المعرفي: تستند المعرفة الخاصة بممارسة العمل الإداري أصولها من المصادر العملية المتمثلة بإجراء الدراسات والبحوث الخاصة بالإدارة العلمية.

المبدأ الثالث: القرارات ينبغي أن تقوم على أسس عقلانية.

العمليات المتفاعلة: وتعني تحويل عنصرين أو أكثر من عناصر التنظيم إلى وحدة أكبر. فالعلاقات المتبادلة بين مختلف العاملين مثل علاقة المدير بالمجلس الإداري بالمشرف، والمشرف بالأخصائي الإجتماعي، والأخصائي بالعميل، كل هذه العلاقات القائمة بين مختلف الأطراف تسمح بالعمل الجاد والهادف لعلاج الكثير من المشكلات دون أي نوع من أنواع التنافس والصراع. فالمشكلات لا تختلف بطبيعتها، وهي لا تقتصر على جماعة دون أخرى في مواجهتها وإنما تنطوي على العديد من الإهتمامات المتبادلة لمختلف العاملين بحيث يستطيع كل فرد

أن يلعب دورا هاما في التصدي لها داخل المؤسسة. وقد دلت البحوث التي أجريت في هذا المجال بأن التغير التكنولوجي وحده أو التغير في مواقف العاملين لا يكفي لتحسين فاعلية التنظيم[1]. وإن الذي يحدد فاعلية التنظيم هو التفاعل بين الناس والتكنولوجيا وبين الناس أنفسهم. ويحدث هذا التفاعل عندما تستجيب الوظائف لبعضها البعض وتحفز بعضها على زيادة كفاءتها لدرجة تجعل فاعلية الكل أكثر من فاعلية الأجزاء المختلفة منفردة. ويعتقد جيمس (James) بأن التطور التنظيمي يحدث من خلال المبادىء التنظيمية ذات الطبيعة التفاعلية المؤثرة[2].

المبدأ الرابع: التفاعل الإجتماعي داخل المؤسسات الإجتماعية وفيما بينها.

الدعم المتبادل: تتمثل مسؤولية الإدارة في تشجيع إستقلال العاملين والنهوض بالموارد الخاصة بدعم المستفيدين من الخدمات الإجتماعية. ويمكن للإدارة أيضا النهوض بمفهوم القيم وإستخدام مفهوم المساعدة الذاتية وإعتماد مفهوم الصحة اوقائية، وذلك عن طريق تطوير الوسائل والموارد المستخدمة من قبل المجتمع. وهذا يعني في المفهوم المؤسسي ما يلي:

1- توضيح الممارسات الإدارية الهرمية والمشاركة في إتخاذ القرار.
2- برامج تطوير العاملين والمتضمن النهوض بمفهوم القيادة الإدارية.
3- دعم وتطوير جميع أنواع التفاعلات بين مختلف الوحدات داخل المجتمع والمؤسسات.

المبدأ الخامس: إستقلالية العاملين والمستفيدين من الخدمات الإجتماعية.

مسؤولية التنظيم: فالإدارة يجب أن تحدد حاجات العميل وتقييم عمل العاملين وإجراء مراجعة لعمل التنظيمات المهنية الأخرى. ومن المهام الأخرى للإدارة

---

(1) Pasmore , William Aand King , Donald C., "Understanding Organizational Change ",Journal of applied behavioral Science , 14 , No4 , 1978. pp. 466-67.

(2) Craing , James H. and Craig , Marge , "Synergistic Power " ; Berkeley. Calif: Proactive Press , 1974. pp.93 - 99.

معرفة مدى كفاءة التنظيم من خلال تقديم أحسن الخدمات وبإعتماد أعلى درجات الكفاءة التي تعكس فن ممارسة المهنة[1].

المبدأ السادس: مسؤولية الإداري في ضمان ممارسة أعلى المستويات الأخلاقية للمهنة.

إعادة البناء: فالإداري لا يتولى فقط مسؤولية ممارسة المهنة والقيام بالمهام الإدارية، وإنما يعمل على إعادة هيكلة المؤسسة بإعتباره مهندسا، ويمكنه من خلال هذه العملية معرفة نتائج العمل داخل المؤسسة وبما ينعكس إيجابيا على مصلحة المستفيد من الخدمات التي تقدمها المؤسسة.

المبدأ السابع: مسؤولية الإداري كمرشد موجه.

فالإداري الجيد يعمل على مساعدة العاملين في تقدير مزايا المشروع ومراجعته، بدلا من إجبارهم على قبوله والعمل على تنفيذه. فالتصور لما يمكن أن يقدمه المشروع للناس يعتبر من الأمور المهمة في العمل الإجتماعي[2].

3- **الوظائف الإدارية**:

لقد تناولت العديد من الأدبيات الخاصة بممارسة العمل المهني، الجذور التاريخية لتطور الوظائف الإدارية ودور المفكرين الكبار في بناء النظرية التنظيمية. ولا شك فإن إهتمامات الغرب في مجال الممارسة المهنية والسلوك الإداري ترجع جذورها إلى عام 1800.

ومن الإتجاهات الكلاسيكية للنظرية الإدارية، النموذج الذي قدمه هنري فويل " Henri Fayol " المهندس الفرنسي، مدير شركة الحديد والفحم الذي حاول عام

---

[1] Reynolds , Bertha , "Learning and teaching in the Practice of social Work ".N. Y: Russel and Russel , 1965. pp. 324 - 325.

[2] Fuchs , Walter R, " Cybernetics for the modern mind " N. Y: Macmillan , Inc , 1971. p. 18.

1800 تطوير نموذج خاص بالإدارة يمكن تطبيقه على جميع المستويات التنظيمية، بالإعتماد على خبراته كإداري. وتتمثل تصوراته عن الوظائف الإدارية بما يلي[1]:

1- التخطيط: ويعني وضع الخطط والتنبوء بما يمكن أن يكون عليه العمل.
2- التنظيم: ويعني الإهتمام ببناء التنظيم.
3- إصدار الأوامر والتوجيهات: ويعني دفع التنظيم على العمل.
4- السيطرة: وتهتم بضمان تقديم العمليات وبحسب الخطة.
5- التنسيق: ويهتم بربط جميع عناصر التنظيم بعضها بعض.

وكان فويل يعتقد بإهمية مشاركة جميع العاملين داخل التنظيم في مثل هذه الوظائف الإدارية. وقد وجدت أفكاره وأراؤه قبولا عاما بين مختلف المهتمين في القضايا الإدارية حتى وقتنا الحاضر. وقد قدم ما يقرب من أربعة عشر مبدأ للإدارة وكما يلي[2]:

1- يجب أن يكون هناك تقسيم للعمل.
2- يجب أن تكون هناك معايير لممارسة السلطة بحيث ترتبط المسؤوليات مباشرة بالسلطة.
3- يجب أن تكون هناك ضوابط في التنظيم يتم المحافظة عليها من قبل قيادة إدارية جيدة، وأن تكون هناك أيضا قرارات وقواعد صريحة وواضحة ونظام خاص بالعقوبات.
4- يجب أن تكون هناك وحدة خاصة بإصدار الأوامر والنواحي.
5- ضرورة أن يكون هناك شخص واحد مسؤول عن الجماعة والنشاطات وله نفس الهدف في التنظيم.

---

[1] Fayol , Henri , "General and Industrial management " , London , Issac Pitman and SONS , 1949. PP.19 - 42.

[2] Miner, John B, "Management theory" N.Y. Macmillan , Inc. 1971. pp. 124 - 25.

6- ضرورة رجود نوع من التكامل بين إهتمامات الأفراد العاملين والإهتمامات الخاصة بالتنظيم ككل.

7- يجب أن يكون هناك نظام خاص بالمكافآت والحوافز.

8- يجب أن تكون هناك درجة معينة من المركزية واللامركزية للسلطة داخل التنظيم.

9- يجب أن يكون هناك تدرج خاص بالسلطة يتراوح من الموقع الأعلى وصولا إلى الأدنى، غضافة إلى التدرج الأفقي الذي ينبغي تشجيعه عندما تكون لـع إنعكاسات مفيدة.

10- يجب أن يتوفر داخل التنظيم نظام خاص لوضع الأفراد والأشياء في المكان الطبيعي (الشخص المناسب في المكان المناسب).

11- يجب أن تتوفر المساواة في معاملة الناس داخل التنظيم.

12- يجب أت يتوفر نوع من الإستقرار والثبات في حركة العمل والعمالة.

13- ضرورة توفر الفرص الملائمة لجميع الأفراد في ممارسة عملهم على جميع المستويات داخل التنظيم.

14- ضرورة توفر الدعم والتشجيع إضافة إلى التوافق والإنسجام بين جميع العاملين داخل التنظيم.

هذا وتتفق العديد من الدراسات الخاصة بممارسة العمل الإداري على مجموعة من الوظائف الإدارية يمكن إجمالها بما يلي[1]:

1- معرفة الظروف والأحوال الإقتصادية والإجتماعية والصحية من أجل تحديد الإحتياجات والموارد المتاحة ومدى كفايتها في تحقيق الأهداف وذلك بالإعتماد على نتائج البحوث والدراسات وما تقدمه المؤسسات من بيانات ومعلومات تخص البرامج والسياسات ونوعية الخدمات.

---

[1] Friedlander, Walter. A. and Abte , Robert. Z. , "Introduction to Social Welfare" , New Jersey. Prentic Hall , Inc , Englewood Cliffs. 1980. pp. 163- 64.

2- إتخاذ القرارات اللازمة لمواجهة المشكلات السائدة في المجتمع بعد تحديد الحاجات ومعرفة العوامل المؤدية لمختلف الأمراض والمشكلات، إضافة إلى تقييم النتائج النهائية للعمل بعد تقديم الخدمات لمعرفة كفاءتها في إشباع الحاجات.

3- النهوض بالعمل الإجتماعي للمؤسسات وتطوير كفاءتها من خلال التخطيط والتقييم وتوضيح أهداف التنظيم وتطوير السياسات بما يمكنها من تلبية الإحتياجات المتغيرة في المجتمع.

4- العمل على تطوير الهياكل التنظيمية للمؤسسات الإجتماعية وتحديد علاقتها بالمجتمع ككل، وتوضيح المسؤوليات وتحديدها بين مختلف العاملين في التنظيم، إضافة إلى تحديد الأسس التي يتم بموجبها توزيع الخدمات.

5- إختيار الكادر الوظيفي الجيد والعمل على تنمية وتطوير مهاراته وقدراته بما يكفل تحقيق أهداف التنظيم، وتقييم عمل الأفراد إلى جانب تحديد أدوار ونشاطات وسلطات الإداريين أنفسهم.

6- وضع المعايير الخاصة بإختيار العاملين في التنظيم لمعرفة مدى الإهتمام الذي يوليه هؤلاء لموضوع الإدارة والعمل الإجتماعي. وتتضمن هذه المعايير معرفة الخصائص المميزة للفرد مثل القدرة على الإدراك وسرعة الملاحظة والإستجابة إضافة إلى الإمكانيات والمعارف النظرية والعملية.

7- معرفة حاجة التنظيم من الموارد البشرية بالإعتماد على نوعية الوظائف والتخصصات والمهارات المطلوبة، ووضع شروط التعيين والمكافآت ضمانا لتقديم أفضل الخدمات.

8- تنسيق أدوار ونشاطات العاملين في التنظيم وافشراف الدقيق وتنظيم الإتصالات واللقاءات الخاصة بتبادل الأراء.

9- النشاطات التوثيقية للمؤسسة وتتضمن سير الإجراءات المالية ومراقبة وتدقيق النفقات وذلك لضمان الدقة في العمليات الحسابية والتخطيط للميزانية.

10- تحديد الموارد المالية ومدى توفرها ونوعية مصادرها بما يضمن توفير الموارد وسير العمليات الإدارية. وبطبيعة الحال تتعدد مثل هذه المصادر وتتنوع فهناك المصادر الحكومية والأهلية وهناك التبرعات والإشتراكات والضرائب.

4- المهام الأساسية للإداري:

يرجع الإهتمام بمفهوم الإدارة العلمية والحاجة إلى التخطيط الإداري، كما أشرنا سابقا إلى بداية عام 1880 وخاصة أعمال تايلور" "Frederic Taylor الذي أعتقد أن العمال وخاصة الكسالى منهم لا يمكنهم العمل بدون محفزات ولذلك يتطلب نمط الإدارة العلمية لتنظيم العمل على التخطيط والتنظيم والسيطرة والإنجاز، وجميع هذه المهام تعتبر من الأمور المهمة في التنظيم الإجتماعي. ويؤكد تايلور أن هناك نوعا من المهام لا تلائم إلا نوعا خاصا من الناس وبالتالي يجب البحث عن هؤلاء الناس والعمل على تدريبهم وإعدادهم للقيام بمثل هذه المهام، وهذه الطريقة بحسب رأيه هي السبيل الوحيد لعمل التنظيم بشكل فعال ومؤثر. وبذلك يعمل " تايلور " بموجب فكرة " ماكس فيبر " عن تخصص الأدوار، ويؤمن بضرورة تقديم الحوافز للعمال من أجل زيادة الإنتاج. وقد كان " تايلور " من المهتمين بإجراء العديد من الدراسات والبحوث عن طبيعة العمل ومراقبة السلوك كما في دراسته عن الزمن التي حققت نجاحا كبيرا لدى العاملين والمهتمين بالشؤون الإدارية.

وهناك إضافة إلى تايلور عدد في المهتمين بالعلوم الإدارية من الذين ساهموا في تطوير عدد من الدراسات المتعلقة بالجوانب الإدارية، يأتي من لوثر كولك " Luther Gulick" ولندل أرويك " Lyndall Urwick " وهؤلاء إهتموا يتطوير الدراسات التي قام بها كل من تاريلور وفويل[1]. وقدمت نتائج الدراسات

---

[1] Gulick, Luther and Urwick, Lyndall, "Papers on the Science of Administration", N. Y. New YorkInstitute of Public Administration , Columbia university Press , 1937.

التي قاموا بها العديد من المفاهيم ذات الأهمية في هذا المجال والأكثر إنتشارا في عالم اليوم وتعرف بمجموعة الـ((POSDCORB)) والتي تلخص الواجبات الأساسية للإداري ويمكن تحديدها بما يلي:

1- التخطيط: "Planning"

2- التنظيم : "Organization"

3- إختيار العاملين: "Staffing"

4- التوجيه: "Directing"

5- التنسيق "Co - ordinating"

6- إعداد التقارير: "Reporting"

7- وضع الميزانية: "Budgeting"

وقد أسهمت أعمال أرويك بتوضيح مفهوم السيطرة الذي يتناول عمل المشرف المباشر لما يزيد عن خمسة أو ستة أفراد يخضعون لسيطرته داخل التنظيم. ومن إسهاماته ايضا حاجة الناس إلى نوع من السلطة اللازمة لتنفيذ واجباتهم الإدارية. وهكذا أسهمت هذه الدراسات في تطوير العمل الإداري وما ينطوي عليه من عمليات ووظائف إدارية لمختلف أنواع التنظيمات ومازال تأثير هذه الدراسات لهؤلاء المفكرين قائما حتى يومنا هذا.

5- **الإدارة ومفهوم الإنساق**:

النسق ببساطة هو مجموع الأجزاء المترابطة والمتفاعلة والمنظمة التي تستهدف تحقيق غايات وأغراض معينة. ويعني النسق الإجتماعي بناءا على هذا الفهم، مجموعة من الناس يتواجدون داخل حدود وهياكل معينة (المجتمع، قاعة الدرس، أفراد المهنة الواحدة) ويكون لتواجدهم وتفاعلهم بمرور الزمن داخل هذه الحدود أهمية كبيرة لها إنعكاسات قيمية وثقافية وإجتماعية...إلخ. ومن التعريفات السائدة لمفهوم النسق " وحدة متكاملة منظمة لعدد من المكونات والأجزاء المتفاعلة

المعتمدة على بعضها، وعلاقة هذه الوحدة بالبيئة المحيطة"[1]. ويعني النسق أيضـا "كل متكامل أو مركب منظم، مجتمع أو ترابط لمجموعة أجزاء أو أشياء تشكل في مجملها وحدة كلية مركبة تتضمن خطة ولها طريقة ونظام وترتيبات أخـرى كمـا موضح في الشكل رقم (1).

وتتميز الإنساق الإجتماعية بإنفتاحها لدرجة يمكنها أت تتأثر بقوى وعوامـل البيئة المحيطة. ويمكن لهذه الإنساق أت تتغير ولا بد أن تتغير إذا ما أريد لها البقاء والإستمرار، فالمؤسسة من خلال علاقتها بالآخرين يمكن إعتبارها نسقا لمجموعـة أنساق أخرى متفاعلة. وهناك بعض المشكلات التي ينطوي عليها مفهـوم النسـق ومنها أن هذا النسق لا يؤدي في جميع الحالات إلى إيجاد حلول للمشكلات القائمـة وإنما يتسبب أحيانا في خلق المشكلات. ومع أن الأنساق تنطوي على عـدد مـن المكونات والأجزاء التي تعمل على تحقيق الأهداف الخاصة بالكل2.إلا أن هناك في بعض الحالات لا تكون الأهداف الخاصة بتلـك الأجـزاء والمكونـات واضـحة ومرسومة. كما أن هذه الأهداف قد تنطوي في بعض الأحيان على نوع من التداخل والتعقيد بسبب تباين طبيعة تلك المكونات، كما في تباين الأهداف الخاصة بكل من المريض والأخصائي الإجتماعي داخل المؤسسة الصحية (المستشفى)، أو السـجين والحارس داخل السجن، فهذه الأهداف الخاصة بتلك الأطراف قد لا تكون واحـدة وإنما تختلف بإختلاف الأجزاء المكونة للكل (المؤسسة الإجتماعية). ويوضح الشكل رقم (2) النسق المنفتح الذي تعمل فيه جميع الأجزاء على تحقيق هدف أو أهـداف مشتركة.

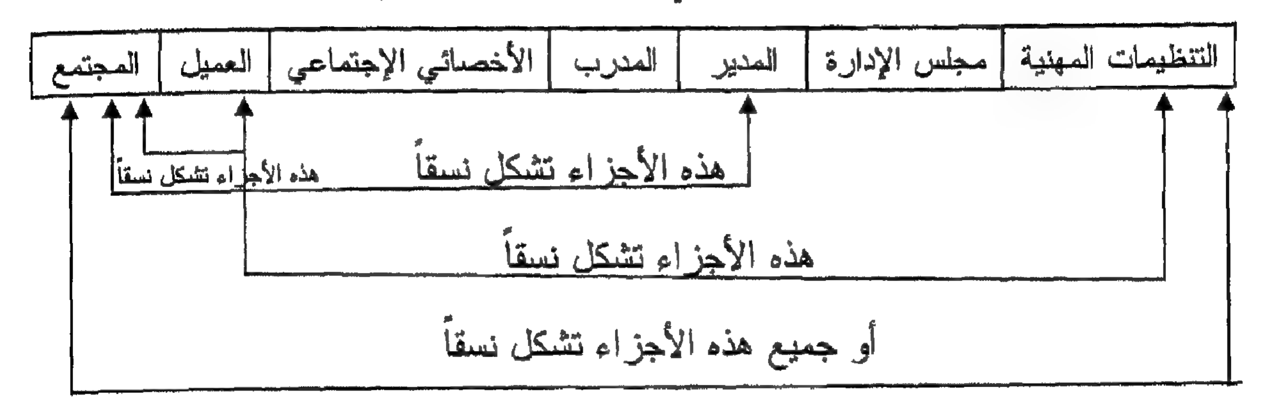
---

[1] Buckley , Walter , "Sociology and modern systems theory ", New Jersey , Englewood Cliffs , Prentic - Hall, Inc , 1967. p. 28.

[2] C.West Churchman , "The systems approach ", N. Y: Dell Publishing Co , Inc , 1969. p.11.

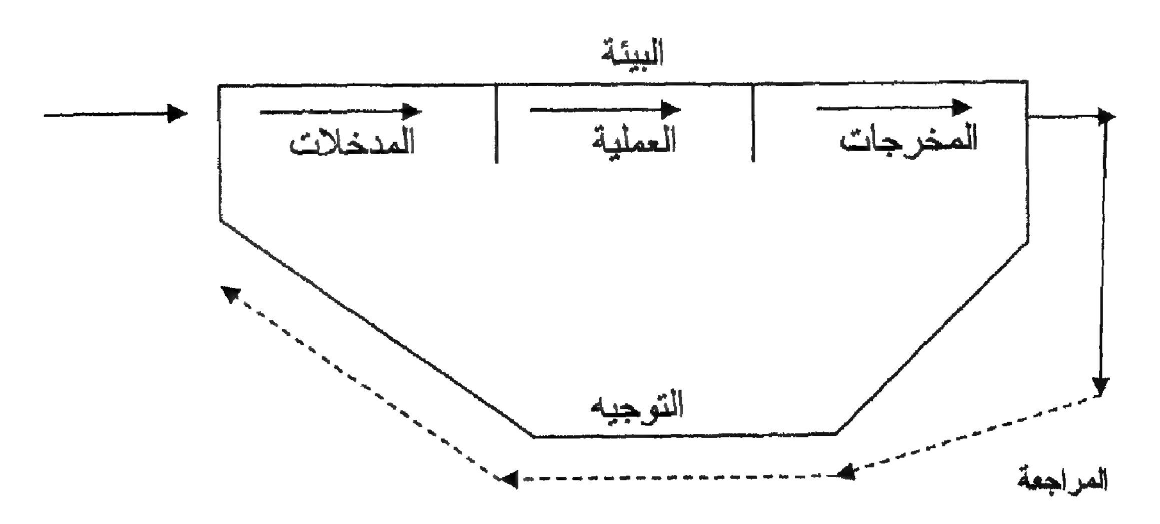
شكل رقـــــــم (1)

يبين الأجزاء المتفاعلة التي تشكل بمجموعها نسقا إداريا



شكل رقـــــــم (2)

يبين نموذج الانساق العام



تكون إيجابية ←——— تعني بأن النتائج جيدة مما يستلزم العمل بنفس المدخلات

أو سلبية ←——— تعني أن النتائج غير جيدة مما يتطلب تغيير المدخلات أو العملية ككل

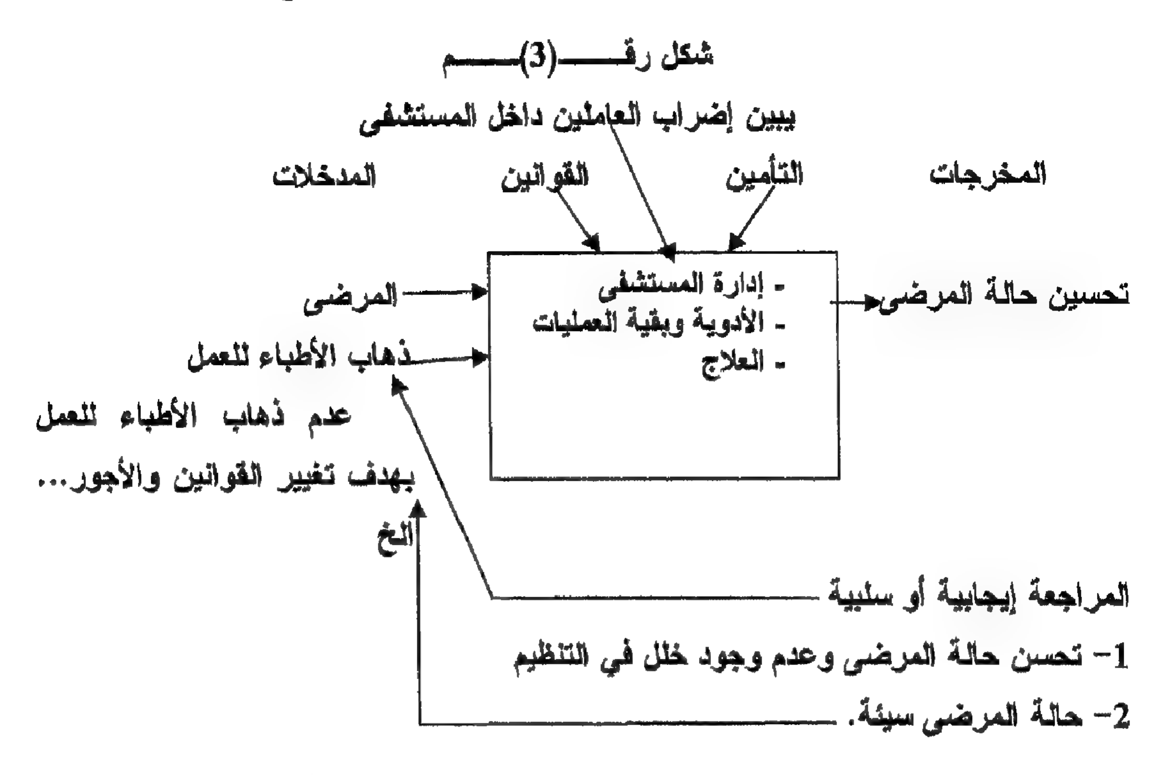
فالمراجعة الموجهة من البيئة كما في الملاحظات النقدية التي يبديها الأفــراد أو المجتمع نفسه أو الموجهة من بقية تامهن الأخرى العاملة يمكن أن تكون بمثابــة مدخلات للنسق. وغالبا ما تؤدي النتائج السلبية إلى إجراء بعض التعديلات أو تغيير عمل النسق بأكمله. ويستخدم التنظيم بعض الوســائل والأدوات الخاصــة بتحديــد الحاجات وإجراء التغييرات المطلوبة وبما يقلل من الآثار السلبية المفروضــة مــن

الخارج. وكلما كان التنظيم منفتحا على الخارج كلما قلت النتائج السلبية أو الإنتقادات الموجهة من الخارج والمتمثلة بسماع المفاجآت غير السارة.

ويوضح الشكل رقم (3) تأثير المدخلات على النسق وما ينجم عنه من مشكلات الأمر الذي يتطلب نوعا من العمل الجاد لمواجهتها والتصدي لها من قبل الإدارة. وغالبا ما تظهر مثل هذه المشكلات عند التوسع في عمل المؤسسات وما يتطلبه ذلك من خدمات كما في إنشاء مستشفى جديد، مما يتطلب إشتراك جميع الأنساق الأخرى في العملية كما موضح في الشكل رقم (4). فالمشكلات في مثل هذه الحالة لا تأتي من تعدد التنظيمات التي تشترك في العمل داخل المستشفى وإنما من خلال الأنساق الفرعية لهذه التنظيمات. وعموما فإذا ما أعتبرنا العناصر البشرية أنساقاء فإن هذه الأنساق تتأثر بالقوى الخارجية لأنها منفتحة وتستجيب للبيئة المحيطة بها في محاولاتها الموجهة ذاتيا وتلقائيا للتكيف مع البيئة المحيطة[1].

شكل رقم (3)

يبين إضراب العاملين داخل المستشفى



---

[1] Abels , Paul and Murphy, Michael J; "Administration the human Service , Anormatic Systems approach "New Jersey , Prentic-Hall , Englewood CLIFFS , 1981. PP. 50 - 51.

شكل رقـــــم(4)

يوضح التوسع في المؤسسة الصحية كنسق

العوامل المجتمعية	الإتحادات المهنية	العوامل البيئية
- معدل ولادات منخفض		ـ الجمعية الطبية
ـ حوادث صناعية		ـ قواعد وقرارات حكومية خاصة بالتمويل
		ـ القوى السياسية

6- الأنساق وأهميتها بالنسبة للإداري.

ينطوي مفهوم الأنساق على عدد من الفوائد المهمة نستطيع أن نوجزها بما يلي[1]:

1- تمكن الإداري من تكوين صورة أوضح عن التنظيم ومعرفة طبيعة المشكلة ونوعية العوامل المتفاعلة داخل التنظيم.

2- إن إجراء أي تعديل أو تغيير في أي نسق أو وحدة داخل التنظيم تكون له إنعكاسات على بقية الوحدات والأنساق، وبلممارسة يكون الإداري قادرا على تحديد النتائج التي تسفر عنها بقية أجزاء النسق نتيجة للتغيير أو التعديل الذي يطرأ على التنظيم.

3- الأنساق تمكن الإداري من معرفة وتحديد الجزاء المتوقفة عن العمل داخل النسق ككل والأسباب الكامنة وراء ذلك والطرق التي يمكن من خلالها التصدي للمشكلة.

4- تمكن من معرفة بقية الأنساق داخل البيئة وعلاقتها ببعضها، وتحديد طبيعة التنظيمات أو الناس الذين يجب أن يشاركوا في عملية التغيير.

5- الأنساق تمكن الإداري من التفكير بطريقة تأخذ في الإعتبار تفاعل العديد من العوامل المكونة للتنظيم ومعرفة مدى إستقلالية الناس. وتؤكد بعض الدراسات

---

[1] Ibid. pp. 51-52.

أهمية الفلسفة الإدارية والإجراءات ذات العلاقة بالنسق بالنسبة للإداري لأنها تمكنه من التفكير بطريقة تختلف عن طريقة الأخصائي الإجتماعي من حيث إستخدامه للمفاهيم ومعرفته بطبيعة التنظيم ومكوناته والتفاعل بين هذه المكونات وما ينجم عنها من معطيات.

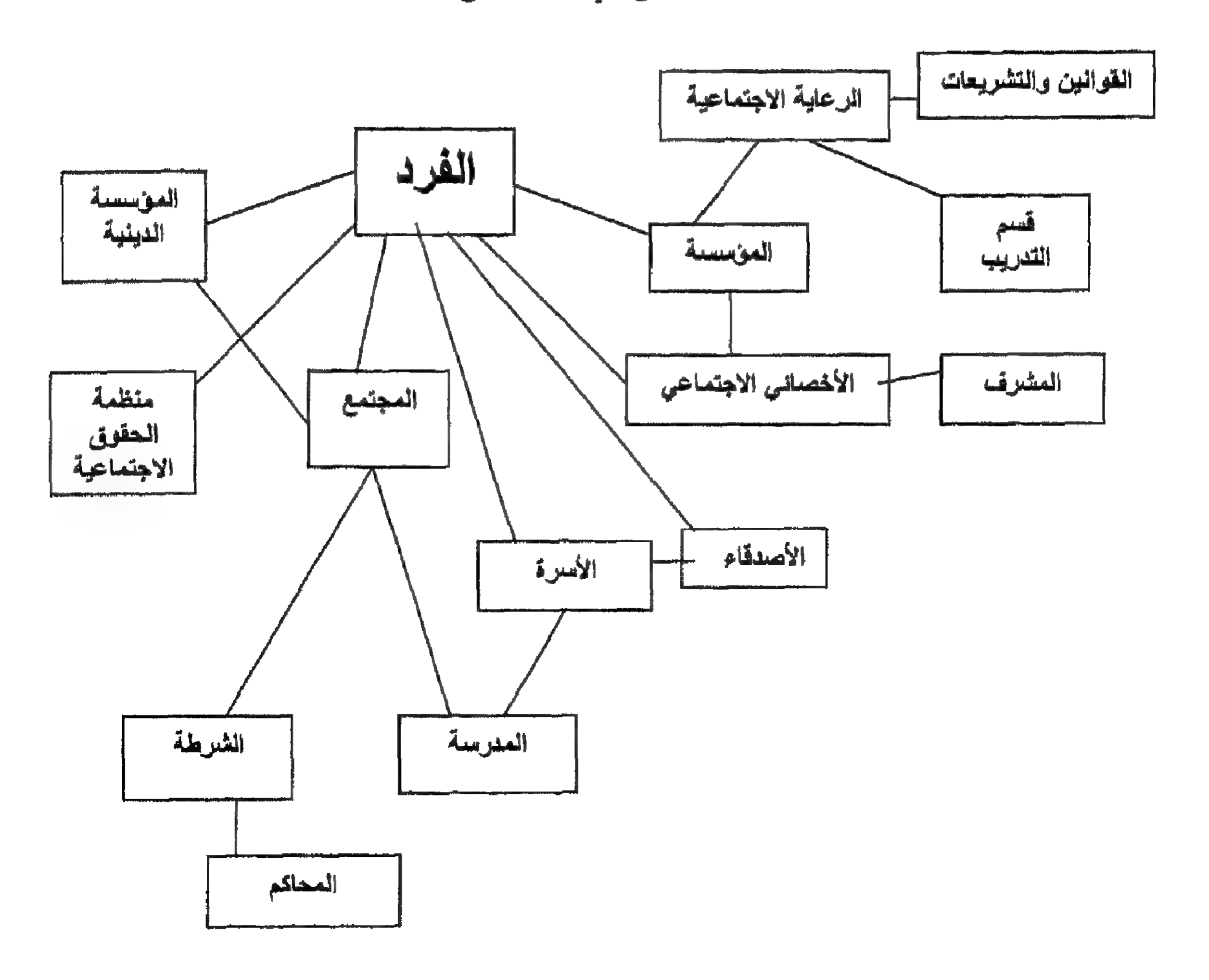
6- تمكن الإداري بطريقة أكثر فاعلية وبالتالي تحمل مسؤولية ما يرتكب من أخطاء داخل المؤسسة أو البيئة المحيطة بها.

7- تقدم البدائل الممكنة للعمل وإختيار البديل الأفضل كما في تغيير بعض الأجزاء داخل النسق بهدف الحصول على نتائج أفضل.

ومن خلال إدراكنا لأهمية إستخدام النسق يمكننا أن نحدد المقصود بالنسق في مثل هذه الحالة. فهل هو المريض أو صاحب المشكلة أو الأخصائي الإجتماعي؟ أو العاملين في المؤسسة من الذين يقومون بوضع السياسة الإجتماعية؟ أو هل يعني النسق المجتمع نفسه أو اللمؤسسة؟ وهل يمكن إعتبار الرجل داخل السجن أو المريض في المستشفى جزءا من النسق؟ وهل أن مسؤولية رعاية هذه الأطراف هي من صميم عمل المؤسسات الإجتماعية؟ وهل بالإمكان منع حدوث المشكلات الإجتماعية لو توفرت البرامج والخدمات والعاملين الذين تم إعدادهم وتدريبهم بطريقة متميزة؟ إن جميع هذه التساؤلات تتطلب معرفة طبيعة عمل الأنساق وطريقة تفاعلها والنتائج المترتبة على تفاعلاتها كما هو موضح في الشكل رقم (5).

شكل رقـــم (5)

يبين شبكة الأنساق في تعاملها مع الفرد



ولا شك فإن هناك عددا من العوامل المحددة لطبيعة عمل كل نسق من هـــذه الأنساق التي تلعب دورا مهما في إتخاذ القرار، ومن هذه العوامل، القوى السياسية، مكونات الثقافة...إلخ. ويؤكد كاريت هاردن " Garret Hardin " بأنه مـــن غيـــر الممكن القيام بعمل واحد محدد ومعين لأن لكل فعل نتـــائج وإنعكاســـات لا يمكـــن التنبوء بها، وبداية لا بد من معرفة ما للأعمال التي نقوم بها من إنعكاسات. وهـــذا يعني في المفهوم النسقي بأن أي تعديل أو تغيير في النسق لا بد أن يؤثر على بقية

أجزاء النسق حتى ولو لفترة مؤقتة[1]. ولكن وبالرغم من وضوح الكثير من القواعد والإجراءات التي تحدد علاقة الأخصائي بالفرد، أو الأخصائي بالمشرف أو حتى المؤسسة، فإن بعض الأنساق ما زالت غير قادرة على تلبية المتطلبات المتوقعة أو القيام بالمهام بطريقة توضح أهميتها كإنساق إنسانية. فعلى سبيل المثال يشكل كل من المعلم وقاعة الدرس نسقا وذلك للأسباب التالية:

1- يعمل الناس داخل هذا النسق على تحقيق هدف مشترك.
2- وضوح النشاطات والجهود المبذولة.
3- فرصة تحقيق الهدف الخاص بتعليم المواد الدراسية.

وهكذا فإن مفهوم النسق لا ينطبق على بعض الحالات التي لا تكون فيها أهداف مشتركة أو أهداف واضحة. وهناك الكثير من الأنساق التي لا تكون فيها الأهداف واحدة لجميع المكونات والأجزاء كما في الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها السجناء والحراس داخل السجن، أو الأهداف الخاصة بدار الملاحظة والنزلاء من الأحداث الجانحين، أو تلك التي يسعى إلى تحقيقها المريض في بعض الأحيان ولا تتفق مع الأهداف التي ينشدها الأخصائي الإجتماعي.

7- **العناصر الأساسية للمؤسسة كنسق إجتماعي**:

تقوم المؤسسة على فكرة العمل المتكامل بالنيابة عن الآخرين، وتتجه جميع أجزاء ومكونات النسق المؤسسي نحو توفير الخدمات الإجتماعية. ومن أبرز مكونات هذا النسق ما يلي[2]:

---

(1) Hardin, Garrett, "The cybernetics of Competition: Abiologists View of society "in Modern System Research for Behavioural Scientist, ed. W.Buckley, Chicago:Aldin Publishing Co. , 1968. pp. 449- 59.

(2) Abels , Paul and Murphy , Michael J.op- cit. pp- 55-56.

1- الطرف المستفيد (العميل): يشير هذا العنصر إلى كل من الفرد أو الجماعة أو المجتمع الذي يشكل الهدف الأساسي في عملية التغيير أو المساعدة. وبالرغم من أهمية ومكانة هذا العنصر المركزي داخل النسق المؤسسي فإن الإهتمام به أخذ يتناقص في الوقت الحاضر نتيجة للجدل القائم حول ما يسمى بأزمة دولة الرعاية التي أصابت المجتمعات الغربيى منذ منتصف السبعينات وكانت لها إنعكاسات خطيرة نجمت عن ضعف القاعدة الإقتصادية التي يتطلبها العمل في المجال الإجتماعي وبالتالي إنعكست آثارها سلبيا على توزيع البرامج والخدمات الإجتماعية لمختلف الفئات المستفيدة.

2- المجتمع نفسه: فالمستفيدون من برامج وخدمات الرعاية الإجتماعية في أي مجال من مجالاتها لا يوجدون في فراغ و إنما يتأثرون بدرجة كبيرة بالمجتمع. فنظرتهم للمؤسسة وموقفهم منها هو الذي يحدد رغبتهم في قبول الدعم أو المساعدة التي تقدمها المؤسسة. وغالبا ما تتطلب البرامج الخاصة بتطوير الكوادر وتنمية المهارات، معرفة طبيعة المجتمع ونوعية الحياة والحاجات التي ينبغي التصدي لها داخل المجتمع. ويحتاج الإداريون في تعاملهم مع المجتمع توثيق الصلات به وبأجزائه كما في الأسرة، المريض، المدرسة أو مكان العمل...إلخ.

3- الأخصائي الإجتماعي: يشير هذا العنصر إلى الشخص الذي يعمل مباشرة مع الفرد المريض أو صاحب المشكلة سواء عن طريق إستخدام خدمة الفرد أم الجماعة أم تنظيم المجتمع.

4- القسم الإداري: يشير إلى الموظفين والإداريين الذين بإمكانهم القيام بدور المشرفين أو مدراء الوحدات الفرعية أو المعلمين أو الوسطاء بين الإدارة والأخصائي الإجتماعي.

5- المدير التنفيذي والذي يقوم بدور مدير المؤسسة الإجتماعية.

6- اللجان التخطيطية المسؤولة عن عمل المؤسسة والمكلفة بوضع الخطط ومتابعتها وتقييمها.

7- بقية العاملين في المؤسسة كما في عمال الصيانة أو مدير الأعمال، وموظفي الحسابات، ويلعب هؤلاء دورا مهما في النهوض بعمل المؤسسة.

8- المؤسسة نفسها و التنظيمات ذات العلاقة بإعتبارها جماعات من الناس لها أهداف مشتركة ولديها القدرة على التواصل. والمؤسسة تنظيم معقد يمكنه إستخدام عدد كبير من الناس تتوفر عند بعضهم مهارات تخصصية في مجال توفير الخدمات والمحافظة على بقاء المؤسسة. ومن أجل أن تقوم هذه التنظيمات بدورها على أتم وجه، غالبا ما تلجأ إلى تشكيل سلسلة من الأوامر والنواحي والضوابط التي تحدد مجالات ودرجات المسؤولية والأدوار والنشاطات والعلاقات لمختلف العاملين عبر ما يسمى بالهرم أو البناء البيروقراطي للمؤسسة.

9- مجلس الإدارة: ويعمل هذا المجلس بإعتباره المركز المسيطر على إصدار القرارات التي تحدد العمليات التي تحدث داخل المؤسسة.

8- العلاقة بين المؤسسة والمحيط:

لا شك أن المحيط العام الذي يتواجد فيه التنظيم وما يحدث فيه من عمليات وتفاعلات يؤثر وبدرجات متفاوتة على التنظيم، الأمر الذي يتطلب من الإداري معرفة العناصر الأساسية للمحيط ومدى تأثيرها على التنظيم وعلاقتها به. وتتمثل هذه العناصر لإعتماد المؤسسة على المحيط بالعلاقات العامة، والعلاقات التنظيمية المتبادلة، ومصادر التمويل. والتنظيم يبحث كما هو الحال بالنسبة للفرد عن الإستقلال والحرية في إختيار العمل، وتحديد الأهداف وذلك لأن للبيئة والمحيط الخارجي تأثيرات كبيرة على التنظيم. فالتغيرات السياسية، أو التعديلات في السياسة الحكومية، وقلة الدعم المادي، إضافة إلى التغيرات الديموغرافية والتغيرات في مواقف الناس وإتجاهاتهم، كلها عوامل توضح العلاقة المتبادلة بين المؤسسة

والمحيط، بحيث يصبح من المتعذر أن نجد تنظيما مستقلا ويعتمد على نفسه دون الحاجة للمحيط الخارجي. وتتضح معالم هذه العلاقة التبادلية بين المؤسسة والمحيط من خلال علاقة الخدمات بالناس وبالأهداف التنظيمية العامة، حيث أن مهمة توزيع الخدمات والمحافظة على ديمومة التنظيم هي التي تدفع الإداري لمعرفة طبيعة المحيط الخارجي وعلاقته بالمؤسسة.

ولا شك فإن المؤسسة في علاقتها مع المحيط الخارجي تكون في حالة تفاعل مستمر، أي علاقة تأثير وتأثر، فالتغيرات التي تحدث في المحيط غالبا ما تنعكس آثارها على التنظيم متسببة في حدوث أزمة في بعض جوانبها السلبية الأمر الذي ينعكس على نوعية الخدمات وطبيعة العمل داخل التنظيم. والإداري الجيد لا بد أن يعرف سلفا بأن أية محاولة للتأثير على المحيط ستؤثر لا محال على التنظيم، وأن أجزاء أي تعديل على التنظيم ستنعكس آثاره على المحيط. وهكذا تستمر العلاقة ويستمر التفاعل بين المؤسسة والمحيط. وتبرز مثل هذه العلاقة بشكل أوضح عند محاولة المؤسسة مثلا توسيع خدماتها عن طريق إنشاء مراكز جديدة كما في مراكز رعاية الطفولة ورعاية الشباب والأحداث المنحرفين، لأن مثل هذا التوسع لا بد أن تترتب عليه ردود أفعال كبيرة من قبل الناس القاطنين في المنطقة لإعتقادهم بأن مثل هذه الخدمات تشكل تحديا لبعض معتقداتهم وخاصة بالنسبة للمجتمعات المحافظة. وهناك العديد من التحديات التي يمكن أن تواجه عمليه إستقلال المؤسسة نفسها، ولكن الإداري الجيد يمكنه أن يتجاوز هذه التحديات ويتعامل معها وبما يعود بالنفع العام على المؤسسة والمحيط.

وهناك عددا من العناصرالمهمة داخل البيئة المحيطة بالتنظيم تؤثر وبشكل مستمر على قدرة التنظيم في تحقيق أهدافه، ومن أبرز هذه العناصر ما يلي[1]:

---

[1] Ibid. pp - 71 - 74.

1- حاجات المجتمع وقيمه الإجتماعية:

فالتنظيم مهما كان نوعه يحتاج لدعم ومساندة المجتمع حتى يتمكن من البقاء، وهذا الدعم سواء أكان ماديا أم معنويا يعتبر من العناصر البيئية والمجتمعية الهامة للتنظيم. ويتمثل هذا الدعم بالعديد من النشاطات منها علـــى ســبيل المثـــال تقـــديم المساعدات المالية اللازمة لتمويل مختلف نشاطات المؤسسة، حتى يتسنى لها بالتالي زيادة عدد المستفيدين وزيادة الخدمات وتحسين نوعيتها. وتعتبر البرامج الخاصــــة بمؤسسات رعاية الأطفال والمسنين من أبرز الأمثلة على هذا النوع من الدعم الذي يقدمه المجتمع، إذ تحظى مثل هذه المؤسسات، وخاصة فـــي المرحلـــة الراهنـــة، بإهتمام المجتمع بها، بينما كانت تعاني في السابق من الإهمال، وذلك لإعتقاد الناس بأن هذا النوع من المؤسسات يتعارض مع قيم وعادات المجتمع التي كثيرا ما تحول دون التوسع بمثل هذه البرامج ومؤسساتها الإجتماعية. فمؤسسات رعاية الطفولـــة مثلا كانت تنطوي على نظرة سلبية تتعارض مـــع المـــوروث الإجتمـــاعي الـــذي يتمحور في الجدل القائم حول مفهوم الحضانة والتبني. ولكن وبمرور الزمن تغيرت هذه المواقف والإتجاهات، وتغيرت بالتالي النظـــرة مـــن الأطفـــال ومؤسســـاتهم الإجتماعية الخاصة برعايتهم نتيجة للتغير المادي والإجتماعي السريع الذي تشـــهده المجتمعات في الوقت الحاضر ومنها مجتمعنا العربي الذي تبنى مثل هـــذا الـــنمط المؤسسي في رعاية الأطفال نتيجة لخروج المرأة إلى ميدان العمل.

2- حاجات الفرد وتوقعاته.

يتزايد الإعتراف يوما بعد يوم بحقـــوق المواطنينجميعـــا مـــن قبـــل جميـــع المجتمعات والتنظيمات التي تقدم الخدمات. وقد أدى مثل هذا الإعتراف إلى تغييـــر نمط العلاقة بين كل من تقدم لهم الخدمات (المستفيدين) ومن يقدم هـــذه الخـــدمات (المؤسسات)، وأدى هذا التغيير في نهاية الأمر إلى سلسلة من التغييرات التنظيمية تتمثل في لامركزية الخدمات وتطوير البرامج لكي تتلائم مع التطور الذي تشـــهده

حاجات الناس اليومية ومدى تقبل الناس لتلك الخدمات. وجميع هذه التغيرات قد عززت العلاقة بين التنظيم والمستهلك للخدمات أو المستفيد منها (الفرد).

3- التغيرات في إتجاهات الناس الإقتصادية ومواقفهم الإجتماعية.

التغيرات التي تحدث في البناء الديموغرافي ومستويات المعيشة والدخل ومصادره إلى غير ذلك من الأمور المادي قد أثرت على طبيعة عمل التنظيم مما إستلزم بالتالي العمل على معرفة مثل هذه الإتجاهات والتنبؤ بنتائجها من أجل وضع الخطط اللازمة للتعامل مع آثارها. كما في حالة رفض المواطنين تقديم الدعم المادي والمعنوي الذي يتطلبه التنظيم. أو مثلا ما الذي ينبغي عمله في حالة رفض المواطنين دفع الضرائب المستحقة عليهم؟

4- الأفعال الحكومية.

يتزايد في الآونة الأخيرة تدخل الدولة في مختلف ميادين الحياة وخاصة في مجال الخدمات الإجتماعية مما تطلب إجراء العديد من الدراسات حول طبيعة هذا التدخل ونتائجه وردود الأفعال الصادرة من مختلف الإتجاهات والتيارات السياسية والإجتماعية، وما ينطوي على هذا التدخل من تغير وإيجاد علاقات جديدة كما في علاقة القطاع الخاص بالعام وكيفية إتخاذ القرارات. وجميع هذه المظاهر الجديدة يمكن العمل على مواجهتها والتصدي لها من خلال القرارات والأفعال التي تتخذها الحكومة والتي تؤكد الحاجة لإجراء بعض التعديلات على طبيعة التنظيم.

5- القوى السياسية.

التنظيم سواء أكان خاصا أم عاما يجب أن يكون على مستوى من الوعي الذي يؤهله لمعرفة طبيعة القوى السياسية والتيارات الإيديولوجية القائمة في المحيط الإجتماعي العام، إذا ما أريد لهذا التنظيم البقاء والعمل بطريقة فعالة ومؤثرة. وهذه المعرفة مهمة جدا للحصول على الدعم المالي والإداري والتشريعي الذي يحتاجه

التنظيم في توجيه عملية التغير التي تحدث في طبيعة القوانين والحياة وفي تمويل مختلف النشاطات التي يقوم بها التنظيم.

6- الأجهزة التخطيطية.

تتعامل المؤسسات الإجتماعية بسبب طبيعتها الإنسانية مع مختلف الأجهزة التخطيطية. وتمكن هذه الأجهزة التخطيطية المؤسسات الإجتماعية من تنسيق الأعمال وتوزيع الخدمات بطريقة أكثر فاعلية وتأثير.

7- الجهات التمويلية.

تستجيب المؤسسات الإجتماعية للجهات التي تقوم بتمويل مختلف نشاطاتها. وتختلفهذه الجهات من بلد لآخر بحس توفر الموارد والإمكانيات المادية. فالبلد الذي تتوفر فيه هذه الإمكانيات يعتمد على المصادر الحكومية الرسمية لتمويل نشاطات المؤسسة، فيما يعتمد بلد آخر يعامي من قلة الموارد على الجهود الأهلية والخيرية أو الدينية في عملية التمويل. وقد تسير المصادر الحكومية الرسمية جنبا إلى جنب مع المصادر الأهلية والدينية والخيرية. وتؤثر مثل هذه الجهات التمويلية على قدرة وفاعلية التنظيم في تحقيق أهدافه.

8- التنظيمات الأخرى في المجتمع.

للمؤسسات الإجتماعية مجموعة من العلاقات التي تربطها ببقية التنظيمات السائدة في المجتمع. ومن هذه التنظيمات، المنظمات الشبابية والطلابية والمهنية...إلخ. وتقدم دميع هذه التنظيمات مختلف أنواع الدعم للمؤسسات الإجتماعية، الأمر الذي يتطلب إيجاد نوع من التعاون والتنسيق بين هذه التنظيمات والمؤسسات الإجتماعية بما ينعكس على تقديم وتوفير أفضل الخدمات للمواطنين ويحول دون حدوث إزدواجية في العمل.

9- العمليات والوظائف الإدارية:

هناك العديد من الأهداف التي يسعى التنظيم غلى تحقيقها، وتتطلب مثل هذه الأهداف القدرة على إتخاذ قرارات في مختلف النشاطات المرتبطة بإدارة التنظيم. زمن هذه النشاطات كيفية بناء الهيكل التنظيمي للمؤسسة وعملية التقييم الخاصة بمختلف النشاطات، ومصادر التمويل، ومن يتولى إدارة الوحدات الجديدة...إلخ. وتقع جميع هذه النشاطات في إطار العمل الذي يغطيه الدور الخاص بالإداري والوظائف الإدارية المتمثلة بعملية التخطيط التنظيم السيطرة والتشجيع أو الدعم. ولا شك أن العلاقة بين إتخاذ القرار وكل من هذه الوظائف الإدارية تعتبر من الأمور المهمة في عمل التنظيم، إذ لا يمكن التخطيط بدون أن تكون هناك قرارات مسبقة حول: لماذا التخطيط؟ وكيف نخطط؟ وكذلك الحال بالنسبة لتنظيم الموارد أو القيام بعملية السيطرة وتقييم العمليات أو تنفيذ برامج المكافآت والحوافز كنظام خاص بدعم وتشجيع العاملين أو النهوض بالعملية التنظيمية. وجميع هذه النشاطات تتطلب معرفة كيفية إتخاذ قرارات صريحة وواضحة للقيام بالمسؤوليات والمهام المطلوبة من التنظيم. وتؤكد العديد من الدراسات على أهمية هذا الإتجاه من أجل تحقيق الأهداف فالمدير الجيد يتخذ القرارات الخاصة بالتخطيط والتنظيم والسيطرة والتشجيع بنفسه أو بمشاركة الآخرين. وهكذا فغتختذ القرار يعتبر من العمليات المكملة للوظائف الإدارية، ومن الأمور المكملة لإتخاذ القرار عن مختلف المهارات التي يتطلبها العمل مع الموارد البشرية. فالهياكل الإدارية الجيدة والبرامج المخططة وتنفيذ مهمة توزيع الخدمات ووضع الميزانية وعمليات التقييم. وكل هذه النشاطات تعتمد في تنفيذها على طبيعة القرارات التي يتم إتخاذها في ضوء العامل البشري. وهكذا يصاب التنظيم بالفشل إذا لم يجد الكادر الوظيفي الإداري المزود بالمهارات والمعارفالنظرية ولديه الرغبة في العمل والقدرة على إتخاذ القرارات الجيدة.

ولا شك فإن العمليات الإدارية متفاعلة في طبيعتها وتؤثر على بعضها البعض وغالبا ما تحدث في آن واحد بإعتبارها عمليات ذات طبيعة مستمرة أو

تعمل على تحويل مدخلات التنظيم إلى مخرجات. ويوضح الشكل رقم (6) طبيعة هذه العمليات ودورها في إتخاذ قرارات صارمة وحازمة[1].

شكل رقـــم (6)

يبين طبيعة الوظائف الإدارية

التخطيط		**الدعم والتشجيع**
اختيار الأهداف، السياسات والبرامج والاستراتيجيات	**اتخاذ القرار تحديد المشكلة واختيار البدائل**	مساعدة الأفراد على تحقيق الأهداف الشخصية والتنظيمية
مراقبة وتقييم النشاطات ومستويات الأداء الفردي		تحديد وتوزيع الأدوار والمسؤوليات والنشاطات والموارد لتحقيق أهداف التنظيم
السيطرة		**التنظيم**

ويمكن مناقشة هذه العمليات كما يأتي:

1- **عملية التخطيط:** هناك العديد من التعريفات التي تناولت مفهوم التخطيط ويشير أبسطها إلى: " إختيار البدائل من بين العديد من الخيارات المطروحة"[2]. وهذه العملية تحدث على جميع المستويات. والتخطيط كوظيفة يسبق بطبيعة الحال كل الوظائف المكملة الأخرى كالتنظيم والتشجيع والسيطرة. ومن الأمور التي ينطوي عليها تطوير الخطة، والنشاط الذهني، وتحديد ما ينبغي علمه، وكيف يمكن القيام به؟ ومتى يبدأ العمل أو من المسؤول، وما أهمية هذا العمل ولماذا؟

وكذلك تناولت العديد من التعاريف الخصائص الساسية المميزة لتخطيط ومنها معرفة ما يمكن أن يحدث في المستقبل، ومعنى العمل، وإتخاذ القــرار، والحاجــة

---

[1] Ibid. pp. 91 - 92.

[2] Cleland , David. S. and King , William R, "Systems analysis and Project management ," N. Y: MC Graw - Hill Book Co , 1968. p. 93.

لإختيار البدائل وتقييمها. ونستطيع من خلال هذه الخصائص معرفة العلاقة بين إتخاذ القرار والتخطيط. فالتخطيط يعتمد على تحديد الغايات والوسائل التي هي مركز إهتمام عملية إتخاذ القرار. وتعتبر الوظائف التخطيطية الأساس الذي يقوم عليه العمل الإداري وإتخاذ القرار بناء على ذلك هو التخطيط لأنه يتضمن العديد من النشاطات منها الحصول على المعلومات اللازمة وتقييم البدائل، والتكاليف، والقوائد، وإختيار أفضل البدائل... وهناك عدد من الخطوات التي يتطلبها التخطيط أهمها ما يأتي[1]:

1- توضيح المشكلة.
2- الحصول على البيانات والمعلومات الكافية حول مختلف النشاطات.
3- تحليل البيانات وتصنيفها.
4- إقامة المؤسسات اللازمة للتخطيط.
5- تحديد الخطط المطلوبة.
6- إختيار الخطة المقترحة.
7- ترتيب الخطوات اللازمة لتوقيت تنفيذ الخطة المقترحة.
8- تقييم ما تم تحقيقه للخطة المقترحة.

2- **التنظيم:** يعرف التنظيم بأنه عملية تحديد وتوزيع الأدوار والنشاطات التي يتطلبها تحقيق أهداف التنظيم. وهذا يتضمن سلسلة من الأدوار الرسمية القائمة على أساس العلاقة بين المسؤولية والسلطة. وينطوي هذا المفهوم على عدد من المبادىء نوجزها بما يأتي[2]:

---

[1] Terry , George , "Principles of management , "Homewood: Richard D.Irwin , Inc , 1968. pp. 253- 260.

[2] Fayol, Henri , "General and Industrial Management , trans -Constance Storr,"London , Sir Isaac Pitman and Sons , Ltd. 1949.

1- السيطرة: وتعني إختيار الإداري للهيكل التنظيمي الذي لا ينبغيأن يتجاوز في عدد الناس المنتمين إليه قدرة المدير على السيطرة الكاملة.

2- مستوى السلطة: وتعني ضمان مسؤولية الإداري في إتخاذ القرار.

3- إصدار الأوامر: وتعني مسؤولية الإداري في إيجاد الهيكل التنظيمي الذي يكون لكل فرد فيه نوع من المسؤولية وأن يستلم أوامره من شخص واحد.

4- المبدأ التدرجي: ويعني البناء التنظيمي ذات الخطوط السلطوية (التراتبية) الواضحة الممتدة من الأعلى مرورا بالوسط وإنتهاء بالتابعين الذين يحتلون القاعدة ويرتبط ذلك بمبدأ وحدة الأزامر.

5- السلطة والمسؤولية: يجب أن يكون هناك نوع من المساواة بين السلطة التي يمارسها المدير والمسؤوليات التي يقوم بها، وهذا يعني أن لا تتجاوز مسؤوليته حدود سلطته.

6- المرونة: وتعتبر من الأمور المهمة في مؤسسات العمل الإجتماعي نتيجة للتغير السريع الذي يطرأ على مثل هذه المؤسسات. وتعني مرونة البناء المؤسسي للتنظيم في الإستجابة للتغيرات البيئية الداخلية والخارجية.

10- الخطوات الأساسية في عملية التنظيم:

هناك العديد من الخطوات التي تدخل في عملية التنظيم نوجزها بما يأتي:

- العمل على وضع الأهداف الخاصة بالمؤسسة.
- توضيح الأهداف، السياسات والخطط.
- تحديد وتصنيف النشاطات الضرورية لتحقيق الأهداف والأغراض والسياسات والخطط.
- تنظيم النشاطات وتصنيفها إلى عدة مجاميع في ضوء الموارد البشرية ن ورأس المال أو الموارد المالية المتاحة.
- تحديد سلطة المدير داخل كل مجموعة تتضح من خلالها مسؤولياته المتعلقة بتنفيذ الأهداف والنشاطات.

- ربط مثل هذه المجاميع مع بعضها من خلال السلطة والمسؤولية والمعلومات والعلاقات أو ماله علاقة بتنفيذ أهداف التنظيم والسياسات والخطط والنشاطات[1].

7- عملية السيطرة: وتعني عملية المراقبة والقياس والتعديل أو التغيير، وتقييم الأدوات لضمان قدرة التنظيم على تحقيق الأهداف.

8- الدعم والتشجيع: ويعني إقامة نظام خاص بالمكافآت بما يمكن الناس من تحقيق أهدافهم وإشباع حاجاتهم الأساسية وهناك العديد من الحاجات التي تدفع الناس وتشجعهم على العمل وبما يعود بالنفع على التنظيم. وتشير الكثير من الدراسات بأن أغلب هذه الحاجات غريزية كما موضح في الشكل رقم (7). وهذه الحاجات بدءا بالجانب النفسي تؤدي في نهاية الأمر إلى تحقيق ذات الإنسان وتحقيق الذات كمفهوم إستخدم في بداية الأمر من قبل كورت كولدستين " Kurt Goldstein " الذي يؤمن بأهمية تحقيق الإنسان لذاته وهذا المفهوم لا يتحقق في واقع الأمر إلا إذا أشبعت حاجات الإنسان الأخرى وخاصة المعنوية مثل الشعور بالأمن والحب والتقدير. وتساعد جميع هذه الحاجات في معرفة السلوك الإنساني[2].

وهذه الحاجات عندما تكون غير مشبعة تجعل الإنسان يشعر بالتوتر مما يدفعه للبحث عن حل أو وسيلة لإشباع الحاجات وعندما تشبع هذه الحاجات (كما في حاجة الإنسان للأكل)، تنتهي عند ذاك حالة التوتر لدى الإنسان حتى يجوع مرة أخرى وهكذا بالنسبة لبقية الحاجات. ويؤكد "ماسلو" " Maslow " على مسؤولية الإداري في خلق المناخ الجيد لتحقيق الذات الإنسانية[3]. وقد حظيت بعض أعمال

---

[1] Abels , Paul and Murphy , Michael J. op- cit. pp. 132 - 33.

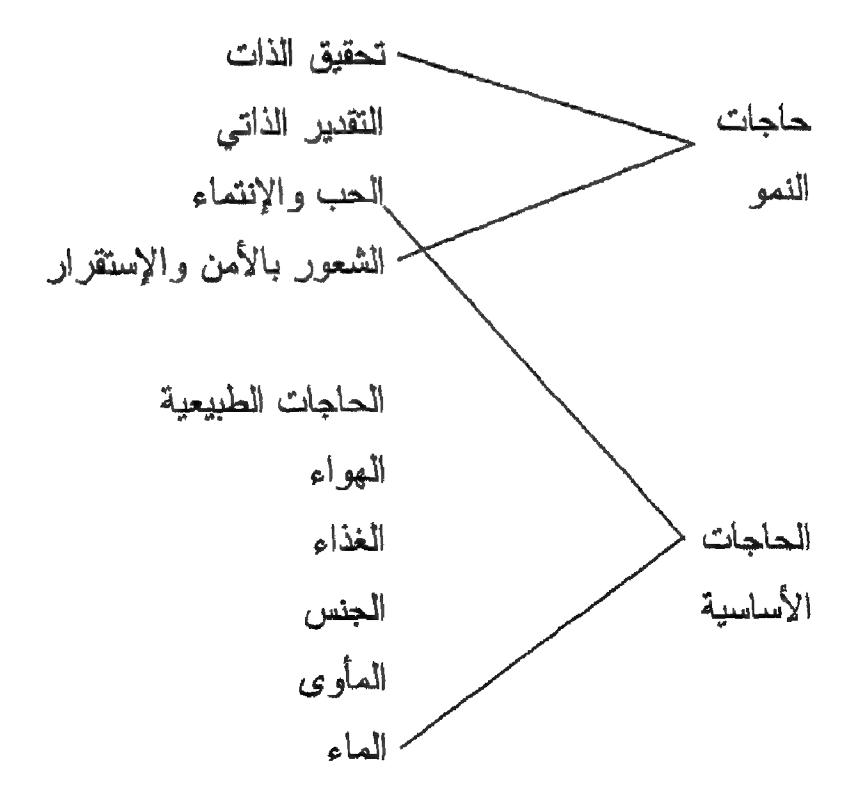
[2] Maslow , Abraham , " A theory of human motivation , "Psychological review, 50 , 1943. pp. 370- 96.

[3] Maslow , Abraham , "Eupsychian management , " Homewood , Illinois: Richard D. Irwin , 1965. pp. 3 - 5.

"ماسلو" بالإهتمام الذي يستحقه من قبل الباحثين والمهتمين بمختلف فروع ومجالات المعرفة العلمية[1].

شكل رقـ(7)ـــم

يبين تدرج الحاجات عند " ماسلو"



ومن العمليات المركزية الداخلية لكل من هذه العمليات " إتخاذ القرار" الــذي يعني الإختيار الصريح والعقلاني للبدائل وذلك لتحقيق الأهداف المعلنــة للتنظــيم الإجتماعي[2]. وهكذا يحدد إتخــاذ القــرار أهــداف التنظــيم والطــرق المتبعــة

---

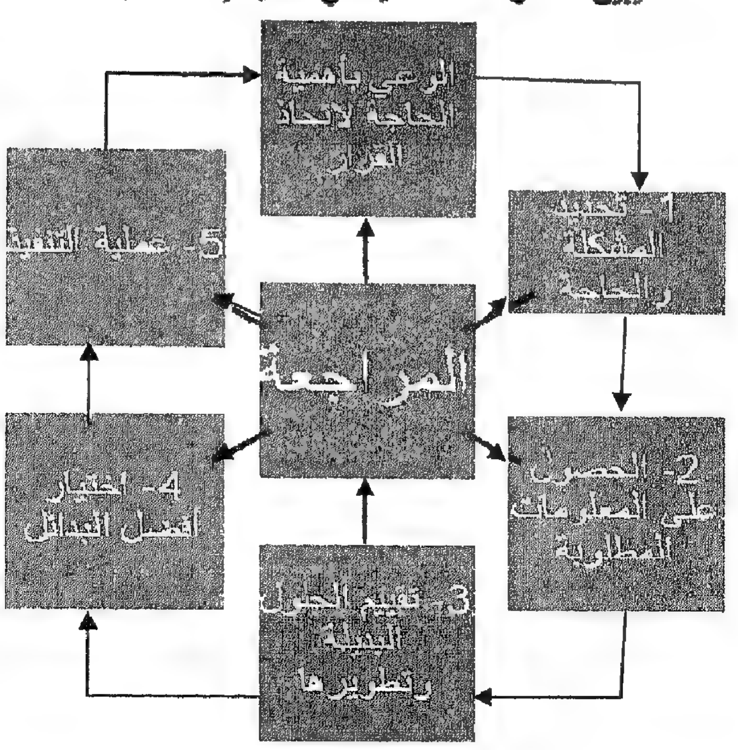
[1] Wahba , Mahmoud. A and Bridwell , Lawrence G , " Maslow Reconsidered. A review of research on the need Hierarchy theory , "in Motivation and behaviour, ed. Richard. M. Stress and Lyman. W.Porter , N. Y: MC Graw -Hill Book Company , Inc , 1979. pp. 47 - 55.

[2] Ives , Brian D, "Decision theory and the Practicing manager ". Business Horizons , 16- No - 38 , 1973 - p- 38.

والإستراتيجات وإختيار المدخلات الضرورية لتحقيق المعطيات المرجوة، إضافة إلى عملية المراجعة[1]. ويوضح الشكل رقم (8) الخطوات الأساسية لعملية إتخاذ القرار.

شكل رقـ(8)ـم

يبين الخطوات الأساسية في عملية إتخاذ القرار



ولا شك فإن كل عملية في العمليات الإدارية المذكورة سابقا ذات طبيعة إجتماعية وفنية في آن واحد. إجتماعية بمعنى أنها تحتاج لنوع من التفاعل الإجتماعي لمواردها البشرية، وفنية لأنها تنطوي على عدد من الوظائف والنشاطات التي يحتاجها التنظيم من أجل تحقيق الأهداف. ويوضح الشكل رقم (9) الإطار العام الذي يحتوي على مثل هذه العمليات من خلال إستخدام مفهوم المدخلات العملية والمخرجات، وبمعنى آخر من خلال إستخدام المفهوم النسقي الذي يتضمن العمليات الآتية[2]:

---

[1] Abels , Paul and Murphy , Michael. J. op - cit. p. 107.

[2] Ibid. p. 93.

1- التخطيط: ويعني صياغة أهداف التنظيم وتحديد المدخلات مثل (الموارد، القوى العاملة، رأس المال، الزمن... إلخ.) والتي يتطلبها العمل لتحقيق الأهداف.

2- التنظيم: ويعني كيفية إستخدام العملية داخل التنظيم من أجل القيام بالمهام المطلوبة ويتضمن التنظيم النشاطات الآتية (توزيع الموارد البشرية وبقية النشاطات ذات العلاقة بتحقيق الأهداف).

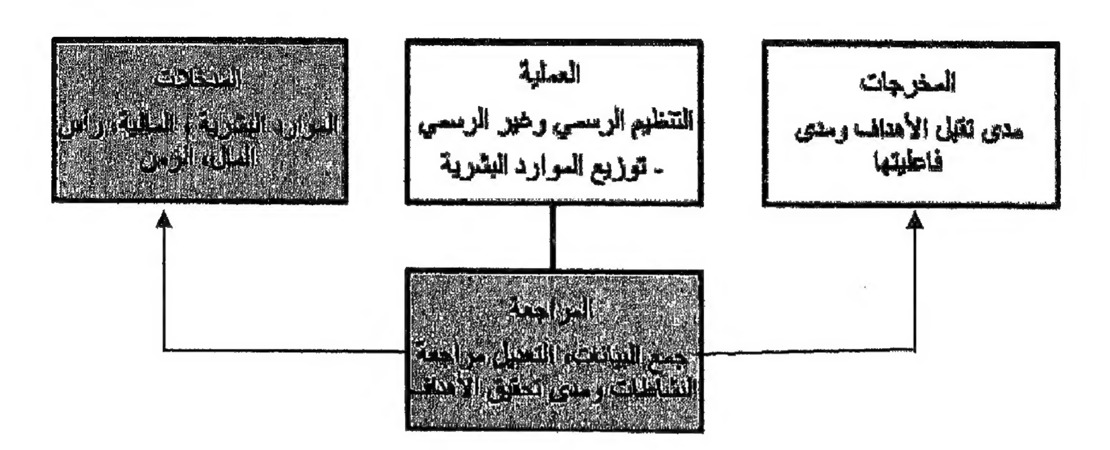
3- التشجيع: ويعني إستخدام الموارد البشرية التي تمكن الناس من تحقيق أهدافهم وأهداف التنظيم.

4- السيطرة: وتعني المراجعة المخططة للنشاطات والتي تحدد مستويات النجاح، وإجراءات التعديل والتغيير إذا كانت المراجعة سلبية.

وفيما يتعلق بإتخاذ القرار فإنه يحدد أهداف التنظيم والطرق المتبعة، والإستراتيجيات وإختيار المدخلات الضرورية لتحقيق أحسن المخرجات إضافة إلى عملية المراجعة.

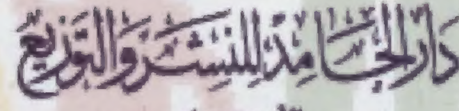
شكل رقم (9)

يبين العمليات الإدارية الأساسية بحسب المفهوم النسقي



الرعاية والخدمة الاجتماعية





الأردن-عمان

هاتف: 5231081 فاكس: 96265235594+

ص.ب:366 عمان 11941 الأردن

E-mail:dar_alhamed@hotmail.com

E-mail:Daralhamed@yahoo.com

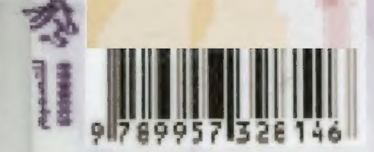




00218926595190

00218514625669

mohseen1967@yahoo.com



9789957328146